Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins.

Habilitationsschrift

verfasst

und der hohen medizinischen Fakultät

der königl. Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur Erlangung der venia docendi

vorgelegt

von

Wilhelm Weygandt

Dr. phil. et med.

Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg.

MÜNCHEN

VERLAG VON J. F. LEHMANN

1899.

Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

Lehmann's medizinische Handatlanten.

Bd. IX.

Atlas des gesunden und kranken Nervensystems

nebst Grundriss der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben

von

Dr. Christfried Jakob,

praktischer Arzt in Bamberg,

s. Z. I. Assistent der medizinischen Klinik in Erlangen.

Mit einer Vorrede

von

Prof. Dr. Adolf von Strümpell,

Direktor der medizin. Klinik in Erlangen.

Mit 105 farbigen und 120 schwarzen Abbildungen sowie 284 Seiten Text und zahlreichen Text-Illustrationen.

Preis eleg. geb. Mk. **10.—**.

Professor Dr. Ad. von Strümpell schreibt in seiner Vorrede zu dem vorliegenden Bande: Jeder unbefangene Beurteiler wird, wie ich glaube, gleich mir den Eindruck gewinnen, dass die Abbildungen alles leisten, was man von ihnen erwarten darf. Sie geben die thatsächlichen Verhältnisse in deutlicher und anschaulicher Weise wieder und berücksichtigen in grosser Vollkommenheit fast alle die zahlreichen und wichtigen Ergebnisse, zu denen das Studium des Nervensystems in den letzten Jahrzehnten geführt hat. Dem Studierenden, sowie dem mit diesem Zweige der medizinischen Wissenschaft noch nicht näher vertrauten praktischen Arzt, ist somit die Gelegenheit geboten, sich mit Hilfe des vorliegenden Atlasses verhältnismässig leicht ein klares Bild von dem jetzigen Standpunkte der gesamten Neurologie zu machen.

Von Herzen wünsche ich dem Werke, dessen Verfasser und Verleger mit grösstem Fleisse etwas wirklich Gutes und Brauchbares zu schaffen bemüht waren, den verdienten Erfolg.

Urteile der Presse:

Berliner klinische Wochenschrift 1895 Nr. 31: . . . Jakob hat es in der That verstanden, hier den Stoff, so ausgedehnt er ist, klar zusammenzufassen und gut, vielfach vortrefflich vorzutragen. Von den zahlreichen Abbildungen sind die nach Fotografien gefertigten Holzschnitte jedenfalls die gelungensten, aber auch unter den farbigen Bildern ist viel Gutes. — Der Text ist klar und gut, weitaus besser, weil selbständig durchdacht, als der in den kurzen Compendien, welche leider noch in der Hand unserer Studierenden und Aerzte sind.

Therapie der Gegenwart 1895, VIII. Heft: Jeden Fachmann muss es freuen, dass es der gegenwärtigen Generation gegönnt ist, die schwierigen anatomischen Verhältnisse des Centralnervensystems durch so vorzügliche didaktische Hilfsmittel, wie es der vorliegende Atlas darbietet, sich in kurzem Wege eigen zu machen. Der Atlas dient demnach nicht nur zur Einführung in das Studium der normalen und pathologischen Anatomie des Nervensystems, sondern auch als Nachschlagebuch für den Kliniker und praktischen Arzt, aber auch als Hilfsmittel für den Unterricht in der Nervenheilkunde. Hier werden die Abbildungen selbst neben guten mikroskopischen Präparaten zur Orientierung verwertet werden können. Zweifellos wird das Werk die verdiente Anerkennung und Verbreitung in den Fachkreisen finden.

Wandtafeln für den neurologischen Unterricht.

Herausgegeben von

Prof. Dr. v. Strümpell in Erlangen

und

Dr. Christfried Jakob in Bamberg.

15 Tafeln im Format von 80 cm zu 100 cm.

Preis Mk. **50.—**.

Der Text in den Bildern ist lateinisch.

Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins.

Habilitationsschrift

verfasst

und der hohen medizinischen Fakultät

der königl. Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur Erlangung der venia docendi

vorgelegt

von

Wilhelm Weygandt

Dr. phil. et med.

Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg.

AGAD. LUGD.BAT. BIBL.

MÜNCHEN

VERLAG VON J. F. LEHMANN

1899.

G. Franz'sche Hof- Buch- u. Kunstdruckerei (G. Emil Mayer) München

Ueber die Mischzustände

des

manisch - depressiven Irreseins.

Von

Wilhelm Weygandt

Dr. phil. et med.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549806_0139

Es ist eine geläufige Thatsache, dass sowohl in der manischen wie in der depressiven Phase des manisch-depressiven oder zirkulären Irreseins sich nicht nur vorübergehend freiere Zwischenzeiten, sondern noch häufiger Stunden oder Tage mit einem Umschlag eines der Symptome finden, derart dass die Krankheit in dieser Beziehung ein geradezu entgegengesetztes Verhalten ihrem bisherigen Verlauf gegenüber zeigt. Im manischen Anfall kann plötzlich die gehobene Stimmung in eine tief deprimirte übergehen, während im übrigen die flotteste Tobsucht weiterbesteht mit ihrem Bewegungs- und Thatendrang, ihrer Ablenkbarkeit und Erregbarkeit, ihrem Rededrang und ihrer Ideenflucht; oder nach monatelanger Depression spielt plötzlich ein Lächeln über die Züge des Kranken und auf Stunden und Tage hinaus gibt sich eine gehobene, manische Stimmung an Stelle der gedrückten kund, ohne dass im psychomotorischen Verhalten, in der Hemmung, manchmal im intensivsten Stupor eine Aenderung eintritt. Etwas weniger häufig, aber doch bei aufmerksamer Betrachtung oft genug, kommt es vor, dass eine entsprechende vorübergehende Aenderung auf psychomotorischem Gebiet zu Tage tritt, während die affektive Seite der Psychose unverändert fortbesteht; die Kranken können euphorisch bleiben, nur schlägt die manische Erregung um in psychomotorische Hemmung, statt des nimmer ermüdenden Thatendranges zeigen die Patienten Bettsucht, sind langsam in ihren Bewegungen und mehr oder weniger mutazistisch. Ebenso findet sich bei den Kranken, die das Bild der Depression mit Stupor darbieten, manchmal tage- oder stundenweise der Umschlag in leichte Erregung, Unruhe und Redseligkeit beim Fortbestehen ihrer gedrückten Stimmung.

Es handelt sich bei diesen wohlbekannten, gewöhnlich aber ihrer kurzen Dauer wegen weniger beachteten Zuständen um eine Mischung der Symptome aus der manischen und der depressiven Phase des zirkulären Irreseins. Gewissermassen als Aequivalent kann so ein Kardinalsympton der einen Phase an die Stelle des entsprechenden Symptoms der anderen Phase treten. Die eigenartige Beziehung der gegensätzlichen, scheinbar in unversöhnlichem Widerspruch einander gegenübertretenden Symptomgruppen der heiteren Verstimmung mit Erregung und der Depression mit Hemmung erfährt durch dieses Auftreten einer Kreuzung der Symptome eine noch intensivere Beleuchtung.

Wir müssen, um die wesentlichen Punkte in ihrer Gesamtheit zu berühren, noch ein anderes gegensätzliches Symptompaar heranziehen. Ebenso wichtig und charakteristisch für die Manie wie der heitere Affekt und die psychomotorische Erregung ist auch die krankhafte Veränderung auf dem Gebiet des Denkprozesses, die Ideenflucht, die Art der Vorstellungsverknüpfung ohne Rücksichtnahme auf begriffliche Verwandtschaft und Zielvorstellungen, rein nach äusserlichen Gesichtspunkten, besonders dem der sprachlichen Geläufigkeit und Klangähnlichkeit der Wörter. In der depressiven Phase finden wir an Stelle der Ideenflucht als das ihr entsprechende Symptom auf dem Gebiet des assoziativen Denkens die Denkhemmung, eine Erscheinung, deren Kenntniss in psychologischer und klinischer Hinsicht freilich noch am wenigsten vorgeschritten ist. Es handelt sich hier um eine assoziative Störung, bei der der Vorstellungsverlauf eine grosse Gebundenheit zeigt; die Anknüpfung an neu aufgefasste äussere Eindrücke ist erschwert, die assoziative Aneinanderreihung der Vorstellungen erfährt häufig Stillstand und Unterbrechung. Wenn auch die Erforschung dieses Gebiets der assoziativen Störung noch in den Anfängen steht, ist doch soviel schon mit Gewissheit zu betonen, dass der plötzliche Umschlag, welcher auf dem Gebiet des Affekts und der Psychomotilität vorkommt, auch hier zur Beobachtung gelangen kann.

Welches Verhältnis nun bei diesen drei Symptompaaren auf affektivem, psychomotorischem und assoziativem Gebiet des Seelenlebens untereinander obwaltet, darüber lassen sich zur Zeit noch keinerlei bestimmte Angaben erbringen. Soviel ist sicher, dass die

mehrfach behauptete Unterordnung der assoziativen Vorgänge unter die psychomotorischen noch des Nachweises harrt, und dass es mit der Lehre von einer einfachen Beschleunigung des Assoziationsverlaufs in der Manie und einer Verlangsamung in der Depression nicht gethan ist; qualitative Veränderungen spielen bei der Ideenflucht und der Denkhemmung zweifellos eine wichtigste Rolle. Ebensowenig ist die früher weithin herrschende Ansicht von der primären Gemüthskrankheit und dem Vorrang der affektiven Störung gegen Widerspruch und Einwand gefeit. Es besteht keinerlei Berechtigung, die psychomotorische Seite des seelischen Lebens der affektiven unterzuordnen; hinweisen möchte ich bei dieser Gelegenheit nur auf die experimentell sicher gelegte Thatsache, dass gerade durch eine psychomotorische Erregung, so schon durch einen mehrstündigen Spaziergang, eine heitere Verstimmung zugleich mit Andeutung von Ideenflucht, insbesondere Klangassoziationen, hervorgerufen werden kann. Bekannt sind auch die Bemerkungen Lessings über die Erzeugung von Affekten auf Grund von psychomotorischer Erregung, womit er in der Hamburger Dramaturgie (1. Band, 3. Stück) den ungeübten Schauspielern bei der Darstellung von Affekten empfiehlt, zunächst die Geberden, die Ausdrucksbewegungen, die einem Affekt entsprechen, getreulich nachzuahmen, um dadurch den Affekt selbst in sich wachzurufen. Wie das gegenseitige Verhalten der drei Symptomgebiete nun auch sein mag, nach diesen 3 Richtungen hin haben wir jedenfalls die wesentlichen Gebiete zu suchen, aus deren gemeinschaftlicher Störung das eigenartige Bild des manisch-depressiven Irreseins resultirt.

Die eingangs geschilderten plötzlichen Umschläge und kurzwährenden Mischzustände finden sich nun nicht nur im Verlauf der einen oder der anderen Phase des zirkulären Irreseins, um dann wieder dem üblichen Symptomkomplex zu weichen, sondern sie treten besonders häufig zu Tage in der Zeit des Uebergangs aus der einen Phase in die andere. Wohl gibt es viele Fälle, in denen die gestern noch flott tobsüchtigen Kranken heute deprimirt und stuporös erwachen und ein vollkommen gegensätzliches Bild darbieten. Manchmal aber tritt auch der Umschlag zunächst auf psychomotorischem Gebiet ein, die Erregung geht über in Hemmung, während die heitere Verstimmung noch ein paar Tage andauert, ehe

sie der Depression weicht. Oder der Umschlag tritt zuerst auf affektivem, dann erst auf psychomotorischem Gebiet ein. In der Uebergangszeit, zwischen den beiden Veränderungen, erhalten wir dann auch wieder ein Bild, das aus Zügen von jeder der beiden Hauptphasen gemischt ist.

Von diesen bekannten Thatsachen ausgehend, gelangen wir zur Deutung einer Anzahl von Krankheitsfällen, deren Klassifikation gewöhnlich besonderen Schwierigkeiten begegnet. In manchen Fällen finden wir eine Mischform der zirkulären Psychose, die nicht Stunden und Tage, sondern Wochen, Monate, ja sogar Jahre lang andauert, so zwar, dass dieser Zustand von einer regelrechten Manie oder Depression eingeleitet oder beschlossen wird, oder aber auch derart, dass der ganze Anfall von Anfang bis zum Schluss das Bild des Mischzustandes darbietet. Bei manchen Patienten tragen sämmtliche Anfälle, die während des ganzen Lebens auftreten, den Mischcharakter. In anderen Fällen jedoch erkrankt derselbe Patient einmal an einer Manie oder Depression, die durchaus einen Schulfall darstellt, während ein anderes Mal, früher oder später, eine Mischform bei ihm auftritt. Besonders derartige Fälle, bei denen derselbe Kranke einmal den klassischen manischen oder depressiven Anfall, ein andermal aber einen Mischzustand erleidet, sind in erster Linie geeignet, die Zugehörigkeit solcher Psychosen zum zirkulären Irresein zu beweisen. Wenn wir ein grosses Material von gut beobachteten Fällen aus dem Gebiet des zirkulären Irreseins ordnen, so lässt sich geradezu eine kontinuirliche Folge von Fällen aneinanderreihen, die alle möglichen Uebergänge aufweist von der reinen Manie oder stuporösen Depression bis zum reinen Mischfall, der unvermittelt auftritt und das Krankheitsbild beherrscht. Die Mittelglieder dieser Kette werden gebildet durch jene Fälle, in denen der regelrechte Krankheitszustand durch die oben geschilderten kurzen Zwischen- und Uebergangszeiten mit Mischcharakter unterbrochen wird, ferner durch jene, bei denen neben den gewohnten manischen und depressiven Zeiten die Symptome eines Gebietes häufiger miteinander wechseln, so dass längere Zeit eine Schwankung in der Stimmung oder in der Motilität zu beobachten ist, und weiterhin durch die Erkrankungen, deren Zwischen- und Uebergangszeiten vom Mischcharakter nicht Tage, sondern Wochen und Monate anhalten. An die Kranken, deren Anfälle in ihrer Voll-

ständigkeit das eine Mal eine Schulform, das andere Mal ausschliesslich einen Mischzustand zeigen, reihen sich in zwangloser Weise als Extrem jene im ganzen recht seltenen Personen, welche in ihrem ganzen Leben nur an Mischzuständen, nie aber an reiner Manie oder Depression erkranken. Es wäre Willkür, wollte man vor diesen letzten Fällen plötzlich Halt machen und sie aus dem Gebiet des manisch-depressiven Irreseins verweisen, dem sie unbedingt angehören, wenn man als wesentlich nicht die 2 Symptomreihen der gehobenen Stimmung, psychomotorischen Erregung, Ideenflucht einerseits, Depression, Hemmung, Denkerschwerung andererseits auffasst, sondern vielmehr eine Störung im Sinne der Labilität auf dem Gebiet des Affekts, der Psychomotilität und des Denkprozesses als das Charakteristische des gesammten Krankheitsbildes der zirkulären oder manisch-depressiven Psychose ansieht.

Zur Veranschaulichung und zum klinischen Beleg der bisherigen Behauptungen betreffs der Häufigkeit und Mannigfaltigkeit der Symptomenmischung im zirkulären Irresein möchte ich versuchen, auf graphischem Weg das Verhalten der zwei am besten bekannten Symptomreihen, der affektiven und der psychomotorischen, auf Grund einer Reihe von wirklich beobachteten Fällen darzustellen. Es wird sich mit Hilfe dieser schematischen Zeichnungen am bequemsten ein Ueberblick darüber gewinnen lassen, wie allmählich sich der Uebergang von den Schulfällen des zirkulären Irreseins zu den extremen Mischzuständen darstellt, so dass sich nirgendwo eine Handhabe zur völligen Abgrenzung der einen von den anderen Fällen bietet.

Die Schemata geben mit der Grundlinie das psychomotorische Verhalten wieder, indem rot die Zeit der Erregung, schwarz die der Hemmung bedeutet. Nach dem Vorgang der Psychologen wird das Verhalten der affektiven Sphäre durch Kurven ausgedrückt, die sich über oder unter der Abszissenlinie bewegen; die gehobene Stimmung ist durch die positive, obere Kurve, die Depression durch die negative, untere bezeichnet. Von irgend welcher Darstellung des Stärkegrades der psychomotorischen Erregung oder des Affekts sehen wir ab; der Ordinatengrösse ist auf unserem Schema keinerlei Bedeutung beizumessen. Jeder Abschnitt der Grundlinie drückt eine Woche im Verlauf des betreffenden Anfalls aus; nur bei XIII sind 2 Wochen bei IX, X, XII jedesmal ein Monat durch denselben Abschnitt dargestellt.

In der Zeichnung I haben wir zunächst das Bild der gewöhnlichen Manie: rote Grundlinie = Erregung, positive Kurve = gehobene Stimmung; daran schliesst sich unter gleichzeitigem Umschlag in beiden Symptomgebieten für die Zeit von 14 Tagen das Bild der gewöhnlichen zirkulären Depression: Hemmung (schwarze Grundlinie) und traurige Stimmung (negative Kurve), worauf Heilung eintritt.

IIa zeigt einen ebenso regelrechten Verlauf, nur dass hier die Depression im Vordergrund des klinischen Bildes steht. $7^1/_2$ Wochen besteht gedrückte Stimmung mit Hemmung, dann tritt vor der Heilung für kurze Zeit noch einmal heitere Stimmung mit Erregung und Rededrang auf.

Ein nach 8jähriger, gesunder Zwischenzeit aufgetretener Anfall derselben Kranken ist durch IIb wiedergegeben. Auch hier wird das klinische Bild von der Erscheinung der Hemmung und Depression beherrscht. Doch schon in der zweiten Woche weicht einmal auf kurze Zeit die Depression der gehobenen Stimmung, während die Hemmung andauert; für diese eins bis zwei Tage haben wir hier also einen Mischzustand. Nach längerer stuporöser Depression stellen sich dann am Ende der 9. Woche einige Tage mit heiterer Erregung und Rededrang ein, darauf wieder $^1/_2$ Woche Stupor mit Depression, dann heitere Stimmung bei fortdauernder Hemmung, also abermals ein Mischzustand, der mit kurzer depressiver Unterbrechung in der 12. Woche allmählich in Heilung übergeht. Die Frau ist später wieder erkrankt und befand sich 9 Monate in der Heidelberger Klinik, wo sie fast durchweg das Bild der Depression mit Hemmung darbot, nur an einem einzigen Tag unterbrochen durch manische Stimmung mit Rededrang.

Fall III kam als klassische Manie in die Klinik. Am Ende der 2. Woche wich die gehobene Stimmung für 2 Tage der Depression, auf psychomotorischem Gebiet hingegen bestand die flotteste Tobsucht mit Rededrang, Ablenkbarkeit, Erregbarkeit, ferner auch Ideenflucht noch fort. Von der 7. Woche ab war die Patientin gehemmt, während die gehobene Stimmung erst am Ende der 8. Woche in Depression umschlug, worauf dann nach einer deprimirt-stuporösen Zeit die Heilung eintrat. Zwischen dem Wechsel der Psychomotilität und dem des Affekts zeigte sich also ein etwa vierzehntägiger Misch-

zustand von gehobener Stimmung mit psychomotorischer Hemmung. Einen andersartigen, kurzen Mischzustand bot die vorübergehende Depression mit andauernder Erregung in der 2. Woche.

Fall IV begann gehemmt und deprimirt; nach 14 Tagen schlug die gedrückte Stimmung in die gehobene um, während der Wechsel des motorischen Verhaltens erst nach der 5. Woche erfolgte. Die Uebergangsperiode mit Hemmung und manischer Stimmung nimmt hier schon den grössten Theil des Anstaltsaufenthalts dieser Patientin ein.

Den V. Fall beherrscht das schulgerechte Bild der Manie. Doch trat ungefähr in der Mitte des Anfalls eine Zeit der Depression und Hemmung auf, so zwar, dass jeweils der Wechsel auf dem psychomotorischen Gebiet eher erfolgte als auf dem affektiven. Nur in der 7. Woche treffen wir daher das Bild der Hemmung und Depression rein, während gerade vorher sich Euphorie und Hemmung, nachher Depression und Erregung begegneten.

Im Fall VI sehen wir zunächst Hemmung mit Depression, die freilich sehr oft durch gehobene Stimmung von mehrstündigem bis mehrtägigem Verlauf unterbrochen wird. Seit der 8. Woche besteht Erregung mit einer meist heiteren Stimmung, doch erleidet dies Schulbild der Manie häufig eine Störung durch den auch hier zu Tag tretenden Umschlag der Stimmung in Depression.

Der VII. Fall beginnt als typische Manie, erregt und euphorisch; darauf erfolgt Umschlag in die gehemmte Depression, jedoch treten von nun ab auch öfter Mischzustände hervor, die dadurch gebildet werden, dass auf psychomotorischem Gebiet die Hemmung mehrmals durch Erregung unterbrochen wird, während die deprimirte Stimmung im Ganzen nunmehr vorherrscht.

Im allgemeinen lässt sich behaupten, dass der häufige Wechsel auf einem Symptomgebiet, die Labilität, die wir im Fall VI in der Sphäre des Affekts und im letztbesprochenen Fall in der Motilität getroffen haben, doch überwiegend im Bereich der Stimmung zu finden ist. Schwankungen auf psychomotorischem Gebiet wie gegen Ende des VII. Falls sind im Ganzen seltener. Besonders gern tritt Stimmungswechsel auf in Verbindung mit psychomotorischer Erregung. In manchen Fällen lavirt die Stimmung nahezu von Stunde zu Stunde; so im Fall VIII. Diese Fälle imponiren im Ganzen, da Beschäftigungsdrang, Redseligkeit und Ablenkbarkeit dabei meist im

Vordergrund steht, gewöhnlich als atypische Manieen; doch werden sie in ihrem Wesen erst völlig verständlich vom Gesichtspunkt der Mischform aus. Wenn von manchen Seiten, so noch in der vorigen Auflage des Lehrbuchs von Kräpelin*) der „Stimmungswechsel mit vorwiegend heiterer Verstimmung“ unter die kardinalen Symptome der Manie eingereiht wird, kann sich das in den meisten Fällen nur auf die Unterschiede der Stimmung in gradueller Hinsicht beziehen. In Folge der Ablenkbarkeit und Erregbarkeit geschieht es unendlich häufig, dass ein Maniacus, der einige Zeit ganz ruhig war und gleichmüthig oder nur leicht euphorisch erschien, sehr rasch in lebhafte heitere oder zornige Erregung versetzt wird. Das ist ein alltägliches und bei fast jedem Kranken jederzeit zu demonstrirendes Symptom, während es sich bei den hier besprochenen Fällen um einen Wechsel der Stimmung auch ihrer Qualität nach handelt, so dass die Heiterkeit rasch der Depression weicht oder umgekehrt. Derartige Stimmungsumschläge sind, wie ja unsere Darlegungen grade betonen wollen, recht charakteristisch, sind auch keineswegs selten zu beobachten, finden sich aber als fortwährendes, den ganzen Anfall durch auftretendes Symptom, wie im Fall VIII, der immerzu zwischen gehobener und gedrückter Stimmung schwankte, doch nicht allzu oft, jedenfalls entfernt nicht so häufig wie die Erregbarkeit der Stimmung im Bereich eines und desselben Gefühlstons.

Die bisher schematisch wiedergegebenen Mischzustände waren im Ganzen nur kurze Zwischenzeiten oder mehr weniger lange Uebergangsformen von der einen zur anderen Phase des zirkulären Anfalls. Im Schema IX, dessen einzelne Abschnitte ganze Monate darstellen, zeigt sich nun nach deprimirt-gehemmtem Anfangsstadium eine 10-monatliche klassische Manie; die Stimmung ist von da ab auch fernerhin noch gehoben und exquisit manisch, die Erregung jedoch verschwindet und ein ausgeprägter Stupor mit Mutazismus tritt an ihre Stelle, durchsetzt von einzelnen, ganz kurzen erregten Zwischenzeiten. Hier erstreckt sich also der Mischzustand einer Hemmung mit gehobener Stimmung auf fast $^3/_4$ Jahre. Noch mehr in den Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes rückt dieselbe Mischform der manischen Stimmung mit Stupor im Fall X, bei dem der

*) Psychiatrie, V. Aufl., Leipzig 1896, S. 597.

Anfall mit einer drei Monate dauernden Manie einsetzt, worauf der Mischzustand auf mehr als ein volles Jahr das Bild beherrscht. Fall XI beginnt sogleich mit der manisch-stuporösen Mischform, an die sich für drei Wochen ein Wechsel zwischen deprimirter und manischer Erregung anschliesst. Ein Extrem begegnet uns im Fall XII, der nach kurzem Anfangsstadium mit Erregung und Depression ein durchweg gleichmässig gefärbtes Krankheitsbild im Sinne des manisch-stuporösen Mischzustandes für die Dauer von $2^1/_2$ Jahren zeigt.

Wir sehen an dieser Folge von Fällen mit hinreichender Anschaulichkeit, wie die Mischzustände zunächst nur Unterbrechungen und Uebergangsstadien darstellen, dann als längere Krankheitsabschnitte auftreten, die gegenüber dem reinen Bild der Manie oder Depression immer mehr das Uebergewicht erlangen können, bis sich schliesslich auch Anfälle finden, bei denen die Mischform das ganze Krankheitsbild von der ersten Zeit bis zum Ende, zur Genesung beherrscht. Wo sollte in dieser ununterbrochenen Reihe nun die Grenze gesetzt werden bei einem Klassifikationsversuch, der die einen Fälle noch in das Gebiet der mehr oder weniger atypischen Manie oder Depression verweisen und aus den extremen Mischfällen, die in keinem Abschnitt ihres Verlaufs dem Schulbild entsprechen, etwa eine besondere Krankheitsform konstruiren wollte?

In den nächsten Fällen der Tafel stossen wir auf eine andere Symptomgruppirung. XIII ähnelt in seinem Anfangs- und Endstadium dem Fall VII. Hier wie dort findet sich Erregung auf psychomotorischem Gebiet, während der Affekt schwankt; jedoch neigt sich die Waage nicht nach der Seite der gehobenen Stimmung, sondern eher nach der einer traurigen Verstimmung hin. In der mittleren Zeit des Anfalls herrscht die Depression vollständig, ohne dass aber die Psychomotilität mit ihrer Erregung eine Aenderung zeigte. Diese Verknüpfung von Depression mit Erregung, die hier einen Theil des Anfalls ausfüllt, findet sich im Fall XIV während des ganzen Verlaufs. XVa skizzirt uns den Anfall einer Patientin mit schulgerechter Depression und Hemmung, der in fünf Wochen zur Genesung führte, während XVb einen zwei Jahre später aufgetretenen depressiven Anfall derselben Patientin wiedergibt, in dem an die Stelle der psychomotorischen Hemmung zunächst die Erregung getreten ist, die erst später dem Stupor weicht. Also auch der extreme Fall einer die

ganze Verlaufszeit der psychischen Erkrankung durch andauernden Mischung von psychomotorischer Erregung mit Depression (wie Fall XIV) zeigt durch die verschiedenartigsten Mittelglieder seine Verwandtschaft mit den Fällen reiner Manie und reiner stuporöser Depression.

Unsere schematisch erläuterten Fälle liefern schon eine recht bunte Musterkarte von Verlaufsmöglichkeiten der zirkulären Psychose. Damit ist die Fülle der Verschiedenheiten noch lange nicht erschöpft, selbst wenn wir die gegensätzlichen Zustände auf dem Gebiet des Denkprozesses noch mit in das Bild hereinziehen. Es ist vielmehr weiterhin noch zu bedenken, dass zunächst die einzelnen Symptome nach der Intensität ihres Auftretens grossen Abweichungen unterworfen sind. Die psychomotorische Hemmung tritt manchmal in einer Stärke auf, dass sie das Krankheitsbild unbedingt beherrscht: die stuporösen Kranken liegen Monate und Jahre lang fast regunglos da, reden keine Silbe, müssen womöglich gefüttert werden und lassen manchmal Urin und Stuhl unter sich. In anderen Fällen dagegen sind wir genöthigt, komplizirte psychophysische Methoden und Messungen anzuwenden, um eine Spur von Hemmung nachzuweisen. Ebenso treffen wir natürlich auch nach der Seite der Erregung hin beträchtliche Intensitätsschwankungen. Ferner ist auch die Entfernung der Gemüthsstimmung von ihrer normalen Lage eine ungemein verschiedene. Auf der einen Seite reicht die gehobene Stimmung manchmal so weit, dass die Kranken in ihrer Zerstörungslust sich schwere Verletzungen beibringen, ohne dadurch in ihrer heiteren Erregung irgendwie gestört zu werden, oder die Depression geht ausserordentlich tief, so dass nur mit Mühe schwere Suicidversuche vereitelt werden. Auf der anderen Seite wieder kann es für den Arzt manchmal recht schwer sein, zu sagen, ob der zirkuläre Patient in seiner Gemüthsstimmung irgendwie von der Gleichgewichtslage nach der depressiven oder manischen Seite hin abweicht, während das psychomotorische Verhalten ungemein charakteristisch im Sinne der Hemmung oder Erregung ist. Allbekannt ist, dass bei demselben Kranken die Symptome der einen Reihe ausserordentlich scharf ausgeprägt, die der anderen gleichzeitig nur flüchtig angedeutet sein können. Alle diese Intensitätsschwankungen auf psychomotorischem und gemüthlichem Gebiet, vereint mit den Störungen des Denk-

prozesses, die schon das einfache Bild der Manie oder Depression so ungemein mannichfaltig gestalten, sind natürlich erst recht geeignet, die manisch-depressiven Mischzustände in einer bunten und auf den ersten Blick vielleicht verwirrenden Fülle von Erscheinungsweisen auftreten zu lassen.

Aber damit nicht genug. Das klinische Bild kann noch vielgestaltiger werden durch die qualitativen Verschiedenheiten, in denen sich sowohl das psychomotorische Verhalten als auch die Gemüthsstimmung kundgeben. Am wenigsten ausgeprägt sind diese Unterschiede noch in der affektiven Sphäre. Immerhin ist es ja eine alltägliche Beobachtung, dass sich die gehobene Stimmung ebensowohl in einem heiteren, zudringlichen, oft erotisch gefärbten Benehmen des Patienten ausdrücken kann, als auch in einem ablehnenden, gereizten, zornigen Verhalten, das äusserlich nicht selten von jenem anderen ganz verschieden erscheint.

Die psychomotorische Sphäre, Erregung oder Hemmung, lässt noch mannichfaltigere Unterschiede erkennen. Vielfach treffen wir ja eine Erschwerung aller motorischen Vorgänge bei demselben Kranken: Er ist bettsüchtig, das Aufstehen und Gehen fällt ihm ebenso schwer, wie die feineren Bewegungen, Schreiben und dergl.; gerade so deutlich drückt sich die Hemmung auf dem Gebiet der Sprachbewegungen aus, das Reden wird mühsam, langsam, leise, ja in manchen Fällen tritt vollständiger Mutazismus auf. Daneben gibt es aber auch zahlreiche Fälle, bei denen sich die psychomotorische Störung differenzirt; nur in einzelnen Gebieten tritt dann die Hemmung an den Tag, während die übrigen motorischen Vorgänge normal erscheinen. Manche Patienten gehen bereits umher, während sie bei feineren Bewegungen, wie beim Schreiben, Handarbeiten und dergl. noch deutlich gehemmt sind. In solchen Fällen kann man gerade diese Art der Hemmung bequem untersuchen durch die im psychologischen Laboratorium der Heidelberger Irrenklinik vielfach angewandte Schriftwaage.*)

Bei hochgradigem Stupor lässt ja ebenso wie bei starker psychomotorischer Erregung schon das gewöhnliche Schriftbild charakteristische Eigenthümlichkeiten in anschaulicher Weise er-

*) A. Gross, Untersuchungen über die Schrift Gesunder und Geisteskranker, in Kräpelins Psychologischen Arbeiten, II. 3. Seite 450.

kennen. An der Schriftwaage wird nun jeder Druck beim Schreiben mittels Fühlhebels auf die rollende Kymographiontrommel übertragen; die so gewonnenen Kurven lassen die Druckhöhe, die vielfachen Druckschwankungen, die Steigerung des Drucks im Laufe des Schreibens, die Schreibgeschwindigkeit und die Pausen genau zahlengerecht ermitteln. Zirkulär-stuporöse Kranke zeigen sehr geringen Druck, Erschwerung der Bewegung, öfter verringerte Schreibgeschwindigkeit, grössere Pausen und gelegentlich Erschwerung des Uebergangs einer Bewegung in die andere; dem gegenüber treffen wir in der Manie neben hohem Druck als wesentlichste Eigenthümlichkeit ein weiteres Anwachsen des Druckes, der Schriftgrösse und der Schreibgeschwindigkeit, also die Zeichen für eine gesteigerte psychomotorische Erregbarkeit. Bemerkenswerth ist nun, dass in manchen sicheren Fällen zirkulärer Depression die Schriftwaage keinerlei Hemmungszeichen festzustellen vermag, während wir ganz deutlich an den groben Bewegungen des Patienten, dem Handgeben, dem Gehen und dergl. die Hemmung noch erkennen können. Vielleicht besitzen wir in dem Ergographen ein geeignetes Instrument, das auch für diese gröberen Bewegungen, bei denen wir makroskopisch die Hemmung finden, zahlenmässige Befunde liefert. Soviel ist gewiss, dass die psychomotorische Veränderung in manchen Fällen auf einem Bewegungsgebiet getroffen, gleichzeitig aber auf einem anderen vermisst werden kann.

Besonders die Sprechbewegungen zeichnen sich in dieser Hinsicht durch ein relativ unabhängiges Verhalten gegenüber den sonstigen motorischen Gebieten aus. Rededrang bei starker Hemmung im übrigem oder Mutazismus bei Beschäftigungsdrang gelangt nicht selten zur Beobachtung. Hier haben wir dann auf psychomotorischem Gebiet gleichzeitig Erregung und Hemmung bei einer und derselben Person, also eine Mischung innerhalb einer Symptomensphäre.

Wir finden somit eine schwer übersehbare Fülle von Verbindungsmöglichkeiten der verschiedenartigsten Krankheitssymptome, so dass also die Zahl der überhaupt denkbaren Mischzustände des zirkulären Irreseins eine ausserordentlich grosse ist. Bei einem genügenden Krankenmaterial kommen schliesslich die allerverschiedensten Formen zur Beobachtung, meist freilich nur als rasch vorübergehende Phasen während des Ablaufs eines gewöhnlichen manischen oder depressiven

Anfalls. Da eine mehrtägige oder wenigstens mehrwöchentliche Betrachtung des Falls dann das Urbild der Manie oder Depression doch wieder an die Oberfläche treten lässt, ist die Wichtigkeit der meisten dieser Zustände für den praktischen Beurtheiler minder gross als für die theoretische Auffassung der ganzen Psychose.

Ein paar Beispiele mögen dazu dienen, verschiedenartige Mischzustände zu veranschaulichen.

Frau W. S., von beschränkter Mutter stammend, war mit 19 Jahren nach Abort an einer typischen Manie mit stuporös-depressivem Anfangsstadium und nachfolgender furibunder Erregung, heiterer Verstimmung, Lascivität, Gewaltthätigkeit, Zerstörungssucht und ausgeprägter Ideenflucht erkrankt. Mit 25 Jahren, nach mehrjähriger gesunder Zwischenzeit, kam sie wieder in die Anstalt. In der 3. Woche des Puerperiums war sie heftig über einen Zimmerbrand erschrocken. Von da ab zeigte sie sich ängstlich, glaubte sich verfolgt und drängte fort. Sie fasste gut auf, war geordnet und besonnen, doch anfänglich nicht vollständig orientiert. Antworten gab sie wenig, leise und zögernd. Ihre Bewegungen waren langsam und gebunden. Die Aeusserungen trugen depressiven Charakter. Sie waren im Ganzen recht eintönig; Patientin meinte, sie würde umgebracht, das Essen wäre vergiftet, sie wollte hinaus. Das Benehmen entsprach ganz der depressiven Stimmung; weder Negativismus noch Manieren waren zu entdecken. Nach vierteljähriger Dauer gelang es gelegentlich, sie zum Lachen zu bringen. Die Depression ging immer mehr zurück, doch war noch deutlich das Krankheitsgefühl bei der Patientin festzustellen. Allmählich liess auch die Intensität des Stupors ein wenig nach. Patientin konnte einfache Arbeiten wie Kartoffelschälen in der Küche verrichten und fing öfter an, vor sich hin zu reden. Während in ihrem langsamen Gang, den gebundenen Bewegungen beim Handgeben, Essen, Arbeiten, sowie in ihrer leisen Aussprache die Hemmung noch deutlich zu erkennen war, zeigte sich doch bald ein offenkundiger Rededrang; den ganzen Tag bewegte sie die Lippen und plauderte in gedämpftem Ton vor sich hin oder zu ihrer Umgebung. Zunächst war der Inhalt ihrer Aeusserungen noch recht dürftig, alles drehte sich um die Entlassung. Allmählich aber produzierte sie immer mehr, redete von diesem und jenem, kam vom Hundertsten

ins Tausendste, sang ein Lied um das andere und wies an Stelle der bisherigen Denkhemmung deutlich Ideenflucht auf. Bei ihrer Entlassung nach fast halbjährigem Anstaltsaufenthalt bot sie ein am meisten an Hypomanie erinnerndes Bild mit leichter heiterer Verstimmung, etwas Ideenflucht und Rededrang, während jedoch in den groben Bewegungen und dazu in der leisen Aussprache noch die Ueberbleibsel des Stupors zu erkennen waren. Die Schriftwagenprüfung hatte in der ersten Zeit sehr geringen Druck, Schreibverlangsamung und grosse Pausen ermittelt, während späterhin der Druck und die Geschwindigkeit grösser wurden und schon ein gewisser Grad von Erregbarkeitssteigerung zur Geltung kam. Es handelte sich im besprochenen Fall für die Zeit von einigen Wochen vor der Entlassung um ein vereinigtes Auftreten von psychomotorischer Erregung und Hemmung, jene auf dem Gebiet des Redens, diese im Bereich der groben Bewegungen.

Eine ganz andere Symptomgruppirung zeigt folgender Fall:

W. W. ist geboren 1865; ein Bruder und eine Schwester sind katatonisch, ein Bruder litt an Alkoholwahnsinn. Patientin war gut beanlagt, streng und religiös erzogen. Mit 16 und mit 18 Jahren war sie für einige Wochen deprimirt, unter Nahrungsverweigerung und Sinnestäuschungen. Mit 20 Jahren erkrankte sie unter den Zeichen der Depression, jedoch mit Rededrang und Sinnestäuschungen. Allmählich wurde die Stimmung manisch, Patientin lachte, sang, sprach hochdeutsch, trieb allerhand Unfug, war erotisch, entkleidete sich, bis nach mehreren Monaten Heilung eintrat. 8 Jahre später trat wieder eine Depression mit Versündigungsideen, Nahrungsverweigerung und Selbstmordneigung auf. Patientin verlangte, schlecht behandelt zu werden, wünschte in einem finsteren Kellerloch zu liegen und einmal täglich trockenes Brod zu bekommen. Sie sprach wenig und zeigte deutliche Hemmung. Zeitweise war Sondenfütterung notwendig. Die Aeusserungen waren recht eintönig und wurden vielfach wiederholt. Während die Depression und Hemmung andauerten, wurde die anfängliche Denkhemmung allmählich abgelöst von einer ausgesprochenen Ideenflucht mit Klangassoziationen. „Ich bin schuld an den Bankertkindern und an dem Weltbankerott.“ Es trat rascher Redefluss auf, dazu starke Ablenkbarkeit. Patientin produzirte phantastische Ideen, sie habe

ein Kind, sie sei durch die Fütterung schwanger geworden, sie könnte schon 30 Kinder haben; das sei im Schlaf geschehen; sie habe alles Essen der Welt aufgegessen und die armen Kindlein müssten nun verhungern, Eltern und Geschwister seien um Hab und Gut gekommen durch diese Gefrässigkeit. Als sie den Ausdruck „bemerkenswerth" fallen hörte, reagirte sie sofort darauf: „Merk, Merk (Name eines Nähmaschinenreisenden), Nähmaschine, Kreuz und Schwert, und die Christina auch hier, ein Kind hat getanzt auf dem Teppich, ich kann es nicht bezahlen." Sie schnappte bedeutungslose Worte auf und kettete Assoziationen, Wortanklänge und Erinnerungsbilder daran, trieb Wortspiele u. s. w. „In Angst, Angst, alsfort Angst, wie eine Stakete bin ich da gelegen und der Johann ist zum Militär gekommen. Schönthal (Name), schönes Thal." Als sie von nächtlicher Isolirung reden hörte, sagte sie: „Nachts vermählt, Brautnacht, die Sterne brennen auch Nachts." Die Stimmung war unterdessen immer noch leicht deprimirt; sie sei kein Mädchen, möchte nicht Fräulein angeredet werden. Die Wahnideen von der Schwangerschaft und dergl. glichen sich aus. Nach 10monatlichem Aufenthalt in der Klinik wurde Patientin entlassen; seit 4 Jahren ist sie gesund.

In diesem Fall handelt es sich um die ausgeprägte Mischung von Depression und psychomotorischer Hemmung mit der sonst zum manischen Symptomkomplex gehörenden Ideenflucht an Stelle der Denkhemmung; diese Gruppirung gehört zu den selteneren.

Zu den minder häufigen Kombinationen zu rechnen ist auch das gelegentliche Auftreten von Zeichen der depressiven und der manischen Stimmung zu derselben Zeit. Bei dieser Gelegenheit darf ich wohl an die in Kräpelins „Psychiatrie", 6. Auflage, Band II, auf Tafel VII, Figur 4, bei Seite 390, abgebildete Kranke erinnern, bei der ein exquisit depressiver Gesichtsausdruck auf die traurige Verstimmung, ein Kopfputz aus Blättern und Zweigen aber zugleich auf eine gewisse manische, heitere Erregung hinweist.

Eine andere Patientin, E. J., die vor 8 Jahren die Heidelberger Klinik aufsuchte, zeigte zunächst eine deutliche Depression; Angst hatte sie vom Hause fortgetrieben. Schlaf und Nahrungsaufnahme waren mangelhaft. Patientin hatte ein lebhaftes Krankheitsgefühl und machte sich Sorgen über die vielen Unkosten ihrer Krankheit.

Sie lag ruhig im Bett, die Bewegungen und Antworten erfolgten langsam. Deutlich war die Hemmung in der Reproduktion und Assoziation ihrer Vorstellungen. Nach etwa 3 Monaten beging sie einen Selbstmordversuch durch Verschlucken von 2 Stecknadeln. Einen Monat später fühlte sie sich freier und heiterer, bis sie in stärkere manische Erregung geriet. Sie sang, lärmte und störte ihre Umgebung derart, dass sie zeitweilig isolirt wurde. Bald fand man sie jedoch in der Zelle mit einem Gurt, den sie sich aus Fetzen des zerrissenen Kleides zurecht gemacht hatte, um den Hals. In 8 bis 14 Tagen klang die lebhafte Erregung ab, die Stimmung war immer noch gehoben und ein gewisser räsonnirender Zug trat hervor. Nach $^3/_4$ jährigem Anstaltsaufenthalt konnte sie entlassen werden. In jenem Anfall ist offenbar während der Zeit der manischen Erregung ein depressiver Zug aufgetreten, der die Patientin, die in ihrer depressiven Periode schon einen Selbstmordversuch gemacht hatte, nunmehr zu dem Strangulationsversuche veranlasste. Ende 1898 kam sie wieder in die Anstalt mit Depression und Hemmung. Nach wenigen Wochen wurde sie ganz leicht hypomanisch. Entlassen beging sie alsbald Suicid, offenbar im Umschlag ihrer Stimmung zur Depression.

Zu den im Ganzen häufigeren Fällen gehört es, wenn im Lauf der manischen Erregung vielmals für kurze Zeit die Depression an die Stelle der gehobenen Stimmung tritt, so dass also der Affekt ein labiles, oft wechselndes Verhalten zeigt, ohne dass die psychomotorische Erregung in Verbindung mit der Ideenflucht in ihrer Stärke und ihrem Tempo nachliesse. Ein hierher gehöriger Fall sei in den folgenden Zeilen skizzirt.

Frau M. U., geboren 1857, erblich nicht belastet, gut beanlagt und normal entwickelt, war im Jahre 1881 an Rheumatismus erkrankt und musste damals von der medizinischen in die psychiatrische Klinik verlegt werden; von hier wurde sie nach 4 Tagen wieder entlassen; zu Haus wurde sie 3 Wochen später gesund; näheres ist nicht mehr zu erfahren. Nach ihrer Verheirathung 1882 war sie einige Wochen schwermüthig. Dann erkrankte sie wieder 1888, im 5. Monat ihrer 4. Schwangerschaft; sie ass und schlief wenig, redete verwirrt und zeigte einen auffallenden Wechsel zwischen Angst und heiterer Erregung. Bald wollte sie die Welt erlösen, dann wieder fürchtete sie sich

vor dem bösen Geist, vor Eisbären u. s. w. Die Auffassung war etwas mangelhaft, die Orientirung hinreichend, doch kam öfter Personenverkennung vor. Patientin halluzinirte und zeigte lebhaften Stimmungswechsel; meist war sie freilich gehobener Stimmung, heiter und schwatzhaft, doch produzirte sie im Ganzen wenig. Mehrmals trat ein plötzlicher, doch nicht lang anhaltender Nachlass der Erscheinungen auf. Dann wieder äusserte Pat. heftige Angst, hatte schreckhafte Gehörs- und Gesichtshalluzinationen und brachte expansive Wahnideen vor. Ihre Niederkunft hatte keinen Einfluss auf den psychischen Zustand. Nach halbjähriger Dauer liess die Krankheit nach und im 8. Monat trat Genesung ein. In den nächsten Jahren brachte die Frau noch 2 Kinder zur Welt.

1895 erkrankte sie wieder. Sie war redselig, heiter und zeigte wachsende Erregung. Sie sang und betete, schwatzte viel durcheinander und versuchte in fremden Sprachen zu reden. Der Schlaf war sehr gering, die Nahrungsaufnahme mangelhaft. Vorübergehend kamen Angstzustände vor, sie sah Gespenster und den Teufel, hörte Vogelgezwitscher und die Stimme Gottes und des Teufels. Durcheinander schimpfte und liebkoste sie ihre Umgebung. Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte sie gute Auffassung, sie beobachtete die Vorgänge ihrer Umgebung, nahm Antheil und war ablenkbar, besonders auf optischem Weg. Sie war besonnen, geordnet und orientirt. Ausserordentlich lebhaft war ihr Rededrang, dazu bestand allgemeine psychomotorische Erregung, Beschäftigungsdrang, sowie ein ungemein reges Mienenspiel. Die Affekte wechselten; meist herrschte allerdings gehobene Stimmung, die sich bald in Freundlichkeit und Erotie, bald in Gereiztheit und Zornausbrüchen kundgab; oft genug trat ein Umschlag des Affekts in tiefe, traurige Verstimmung auf, die sich in heftiger Weise, in lautem Weinen und und pathetischem Jammern äusserte. Sehr häufig waren Gehörshalluzinationen. Das Gedächtnis war gut erhalten, das Urtheil und die Kenntnisse hinreichend. Nach mehreren Wochen trat eine leichte Beruhigung ein, doch kamen zwischendurch wieder plötzliche Erregungszustände heftigster Art, verbunden mit Personenverkennung, dazu Gewaltthätigkeit, vor. Besonders äusseren Eindrücken gegenüber war Pat. sehr erregbar und explosibel. Im 4. Monat stand die Depression im Vordergrund, dabei aber war das Bild beherrscht

von einem unstillbaren Rededrang, während die einzelnen Aeusserungen, einerlei ob sie gehobener oder gedrückter Stimmung entsprachen, durchaus die Zeichen der Ideenflucht trugen. Als ein Schlüssel gezeigt wurde, sagte Pat.: „Schliesst mir die Himmelsthür auf, den Himmel schliesst mir auf!“ Nach dem vorgehaltenen Geld greifend fuhr sie fort: „Sind das die Kreuzer, die du mir gegeben hast? Das ist der Wundarzt und der Wunderdoktor. Das ist der Himmelsschlüssel, schliesst mir bald auf, das ist der Himmelsschlüssel.“ Als ihr die Hand gereicht wurde, sprach sie: „Nichts wie die Hand will ich sehen, so, und die mir die Hand nicht geben, die sind Schuld an meinem Unglück. Ich habe deine Hand in meiner Hand und 1 ist 1 und 2 ist 2 und 3 ist 3 und 4 ist 4.“ Kurz darauf redete Pat. in lebhafter Depression: „Ich bin doch klar im Kopf. Ich habe Gespenster und Schlangen und Kröten gesehen und durchs Wasser bin ich. Das ist ein schlimmes Leiden, wie das jüngste Gericht. An Gespenster glaubt doch kein vernünftiger Mensch. Ich habe nichts essen können. Es ist mir nicht die Gurgel hinuntergegangen. Das ist herzzerreissend. Man möchte grad die Fensterscheiben hinausschlagen. Soviel Falschheit ist in dieser Welt.“ Oft äusserte sich die Depression in heftigen Selbstvorwürfen: „Ich habe alle Sünden gethan!“ Dabei war immer Rededrang und Ideenflucht deutlich: „Ich werde ganz zu nichte gemacht, ich bin doch eine Frau Nicht.“ Dann wieder war Patientin Tags drauf, oder auch gleich ein paar Stunden, ja Minuten später ganz heiterer Stimmung. Einmal sagte sie selbst: „Gestern war ich in Trübsal, heute bin ich aufgemuntert, weil ich so geträumt hab'.“ Den folgenden Tag war sie wieder tief deprimirt, bat um Gift und wollte nicht mehr leben. Dieser wechselnde Zustand dauerte über 3 Jahre, fortwährend schwankte der Affekt zwischen heiterer Verstimmung, zorniger Erregung und lebhafter Depression. Immerzu fand sich Rededrang intensivster Art, dem gegenüber der Bewegungsdrang etwas im Hintergrund stand. Ja, an manchen Tagen war sogar deutlich psychomotorische Hemmung zu erkennen. Fast durchweg trugen die Aeusserungen den Stempel der Ideenflucht mit ihrer Ziellosigkeit, dem Abschweifen von einem zum andern, der Ablenkbarkeit durch äussere Eindrücke und der Neigung zu Klangassoziationen und Reimen. Hie und da aber zeigten die Reden

auch ein an Denkhemmung erinnerndes Gepräge, häufige Wiederholungen kamen vor, wie: „Bringen Sie mir eine gute Nachricht!“ An den Tagen, wo die Erregung und die ideenflüchtigen Aeusserungen mit einer gehobenen, oft gereizten Stimmung verknüpft waren, liess sich an der Diagnose der Manie nicht zweifeln. Auch die zahlreichen Halluzinationen konnten daran nichts ändern, ebensowenig wie die sporadisch geäusserten, rasch vorübergehenden Wahnideen. Dieser manische Grundzug der ganzen Krankheit wird nun ausserordentlich häufig auf kurze Zeit unterbrochen durch die Aeusserungen eines depressiven Affekts, der bis zur Selbstmordneigung geht, dabei aber von psychomotorischer Erregung und Ideenflucht begleitet ist. Vereinzelt lässt sich eine gewisse psychomotorische Hemmung und Denkerschwerung beobachten, während der Rededrang ununterbrochen im Vordergrund des Bildes steht. Wir haben also hier die gewöhnliche Manie im häufigen Wechsel mit Mischzuständen verschiedener Art, vor allem mit dem der Erregung bei depressivem Affekt. Ueber die Zugehörigkeit der Krankheit zum Gebiet des zirkulären oder manisch-depressiven Irreseins lässt die Anamnese, welche 3 frühere Anfälle mit darauffolgender Heilung verzeichnet, deren letzter ganz dem jetzigen entspricht, nicht den geringsten Zweifel.

Derartige Fälle, die wegen der meist nur kurzen Dauer ihrer zahlreichen Mischzustände den eindeutigen Grundcharakter doch immer wieder erkennen lassen, sind im Ganzen recht häufig.

Jedoch weder die sorgfältige Registrirung solcher mannichfachen Mischzustände, die wegen ihrer innigen Verbindung mit reinen Zeiten der Manie oder Depression doch zu irrthümlicher Auffassung schwerlich Anlass geben, noch eine theoretische Aufstellung der verschiedenen Möglichkeiten der Mischformen überhaupt und ihre Konstruktion nach Art eines Permutations- oder Variationsexempels ist für die klinische Thätigkeit mit ihrem vorwiegend praktischen Untergrund von so hohem Werth, wie die Beantwortung der Frage, ob es Mischformen gibt, die häufiger vorkommen und, ohne durch manische oder depressive Zustände vermittelt zu sein, längere Zeit andauern, so dass sie das Krankheitsbild beherrschen und zu diagnostischen und prognostischen Fehlern Anlass geben können. Diese Frage ist, wie schon ein Blick auf die beigefügte Tafel mit schema-

tischen Zeichnungen vermuthen lässt, unbedingt zu bejahen. Es besteht bei unseren 3 Symptomgegensätzen rein theoretisch betrachtet die Möglichkeit eines Vorkommens von 8 verschiedenen Symptomgruppirungen; wir dürften also, da wir von den 2 klassischen Zuständen der zirkulären Depression und der Manie absehen, 6 verschiedene Mischzustände erwarten. Wenn nun auch im Laufe der Beobachtung eines grösseren Materials all diese Möglichkeiten in Erscheinung treten können, ja in Anbetracht der qualitativen Differenzirungen und Kombinationen wie in dem geschilderten Fall W. S. (Seite 13) die Fülle der überhaupt gelegentlich auftretenden Bilder noch mannichfaltiger ist, bestimmen uns, da wir ja kein spekulatives Verfahren befürworten, Gründe der praktischen Psychiatrie, drei verschiedene Gruppen von Mischzuständen als die wichtigsten, weil am häufigsten und längsten auftretenden, besonders hervorzuheben und zu betrachten. Zunächst gehören hierher die Fälle, welche von Kräpelin*) als manischer Stupor bezeichnet werden und sich ihrem Wesen nach als eine Mischung von manischer, gehobener Stimmung mit psychomotorischer Hemmung und Denkerschwerung charakterisiren lassen. In zweiter Linie ist hier die Gruppe der agitirten Depression zu erwähnen, in der sich eine Mischung von depressiver Stimmung mit psychomotorischer Erregung und meist auch Ideenflucht kundgibt. In dritter Linie lässt sich aus praktisch-prognostischen Rücksichten hier noch die Gruppe der unproduktiven Manie bilden, bei der sich wohl manische Stimmung und psychomotorische Erregung, auf dem Gebiet der assoziativen Vorgänge dagegen an Stelle der Ideenflucht deutlich Denkerschwerung und Denkhemmung findet. Diese 3 verschiedenen Gruppen von Mischzuständen kommen nicht allzu selten vor und treten gelegentlich auch als selbständige Anfälle im Leben zirkulärer Patienten unvermittelt auf, wenn sie auch in der Mehrheit der in Betracht kommenden Fälle einen rein manischen oder depressiven Zustand einleiten oder beschliessen, sei es, dass sie dann kurze Zwischen- und Uebergangszeiten darstellen, sei es auch, dass sie auf Wochen und Monate das Krankheitsbild beherrschen. Vereinzelt finden sich Patienten, die in ihrem ganzen Leben mehr-

*) Psychiatrie, VI. Aufl. Band II. S. 396. Leipzig 1899.

mals und zwar ausschliesslich an Mischzuständen, nie aber an typischen manischen oder depressiven Anfällen erkrankten. Da, wie bereits mehrfach ausgeführt, alle Uebergänge vom Anfall mit ausschliesslichem Mischcharakter bis zu kurzen Mischzwischenzeiten vorkommen, hat unsere Gruppirung nicht die Bedeutung einer genaueren Systematisirung, sondern sie verfolgt nur die angedeuteten, mehr praktischen Zwecke.

Um einen ungefähren Ueberblick über die Häufigkeit dieser 3 Zustandsbilder sowie über das Vorkommen derartiger Symptomgruppirungen im manisch-depressiven Irresein überhaupt zu bekommen, habe ich eine Statistik aus dem Material der Heidelberger Klinik während der letzten 7 Jahre aufgenommen. Das Material bestand aus 150 hier zur Beobachtung gelangten, als zirkuläres oder manisch-depressives Irresein aufgefassten Fällen. Sogenannte reine Fälle, bei denen während des ganzen Lebens des Patienten entweder nur das Bild der Depression oder nur das der Manie zur Beobachtung kam, fanden sich nur 11. In diese Gruppe würden also z. B. Patienten gehören, deren Anfälle durchweg dem nach Motilität und Affekt auf der Tafel unter XVa skizzirten Depressionsanfall entsprechen; freilich ist hier gleich zu bemerken, dass der nächste Anfall (XVb) schon einen anderen Verlauf aufweist. Bei dieser Gelegenheit sei betont, dass die Genauigkeit der Beobachtung und die Ergiebigkeit der Anamnese während der 7 Jahre natürlich nicht immer die gleiche war; die Aufmerksamkeit auf manche Punkte, vor allem gerade auf die Bedeutung der Mischzustände, ist selbstverständlich erst im Verlauf dieser Zeit geschärft worden. Zirkuläre Fälle, bei denen zwar sowohl manische als auch depressive Zustände vorkamen, ohne dass aber irgend welche Vermischung der beiderseitigen Symptome beobachtet wurde, sind nicht mehr als 35 zu verzeichnen. Fall I auf der Tafel wäre hierher zu rechnen, wenn nicht diese Patientin sonst gelegentlich auch Anfälle mit Mischzuständen gehabt hätte Bei 50 zirkulären Fällen findet sich ab und zu ein Umschlag eines Symptoms in der Richtung eines Mischzustands, sei es, dass während des Uebergangs aus Manie oder Depression oder umgekehrt der Wechsel des Affekts zu einer etwas andern Zeit erfolgte als der Umschwung der Psychomotilität, sei es, dass während der manischen oder der depressiven Phase vorübergehend das psychomotorische

oder das affektive Verhalten einmal ins Gegentheil übersprang. Die Fälle III, IV und V auf der Tafel sind in diese Kategorie zu rechnen. In einer ziemlich beträchtlichen Anzahl von Fällen, 22, bestanden längere Zeit öfter eintretende Schwankungen im Sinne eines Mischzustands. Es zeigte sich da bei gleichmässigem motorischen Verhalten bald heitere, bald deprimirte Stimmung oder auch bei gleichbleibender Gemüthslage wechselten auf psychomotorischem Gebiet Erregung und Hemmung eine Zeit lang mit einander ab. Die Anfangszeit vom VI., das Ende vom VII., sowie der Fall VIII gehören hierher; ferner auch der oben ausführlicher geschilderte Fall M. U.

Bei mehr als 20 % der zur Beobachtung gekommenen 150 zirkulären Patienten sind regelrechte, länger dauernde Mischzustände im Sinne der oben angedeuteten 3 wichtigsten Formen zu verzeichnen gewesen. 9 mal handelte es sich um unproduktive Manie, 11 mal um manischen Stupor (vgl. auf der Tafel IX, X, XI und XII) und 12 mal um agitirte Depression (XIII, XIV, XV b). Es sind hieher auch Kranke mit Anfällen gerechnet, bei denen eine gewöhnliche Manie oder Depression dem Mischzustand voranging oder folgte, wenn nur der letztere eine derartige Dauer hatte, dass er für geraume Zeit das Krankheitsbild beherrschte (so bei IX, X, XI und XIII). Die Erkrankungen, bei denen der ganze Anfall von Anfang bis zum Schluss den Charakter der Mischform trug, bilden jenen gegenüber nur eine Minderzahl (z. B. XII, XIV). Verhältnismässig recht selten war festzustellen, dass alle Anfälle aus der ganzen Lebenszeit des Patienten nur das Bild eines Mischzustands aufwiesen. Auch hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass diese Statistik, der nicht von jeher eine gleich genaue Beobachtungsweise zu Grunde liegen konnte, eine Verschiebung nur in dem Sinn einer Vermehrung der Zahl der Mischzustände erfahren darf, da in früheren Jahren eben die Aufmerksamkeit noch nicht hinreichend auf diese Eigenthümlichkeit der Krankheitsbilder und ihre Deutung gerichtet war.

Der manische Stupor, das wichtigste als Mischform des zirkulären oder manisch-depressiven Irreseins aufzufassende Zustandsbild, wurde im Jahre 1894 von Dehio*) auf der XIX. Wanderver-

*) Ueber gewisse Formen des periodischen Irreseins, Ref. im Archiv für Psychiatrie XXVI., S. 598.

sammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden zum Gegenstand eines Vortrags gemacht. Es sind in den letzten Jahren dauernd derartige Mischzustände in der Heidelberger Irrenklinik zur Beobachtung gelangt. Seinem Wesen nach ist der manische Stupor eine Verlaufsphase des manisch-depressiven Irreseins, welche gekennzeichnet ist durch psychomotorische Hemmung einerseits und manische, gehobene Stimmung andererseits, wobei meist noch die sonst gewöhnlich dem depressiven Zustandsbild angehörende Denkerschwerung an Stelle der Ideenflucht hinzutritt. Wir sehen das Bild manchmal als vorübergehende Phase im Verlaufe eines manischen oder depressiven Anfalls, vor allem ziemlich häufig beim Uebergang aus dem manischen Zustand in den depressiven, wenn bereits auf psychomotorischem Gebiet der Wechsel eintrat, während er auf affektivem noch bevorsteht; wir finden es aber auch, was für die praktische Psychiatrie von grösserer Wichtigkeit ist, manchmal in längerer Ausdehnung, Monate oder Jahre lang, und zwar sowohl derart, dass es sich an eine gewöhnliche Manie oder Depression anschliesst oder ihnen voraufgeht, als auch in ganz selbständiger Weise, den Verlauf eines ganzen Anfalls vom Anfang bis zum Schluss beherrschend. Es sind im Lebensgang eines manisch-depressiven Kranken gewöhnlich die späteren Anfälle, welche einen Mischcharakter annehmen. Doch treffen wir manchmal auch hinterher wieder ganz leichte, einfache Anfälle von Depression oder Manie.

Die Auffassung, Besonnenheit und Ordnung ist bei manisch-stuporösen Kranken in der Regel gut erhalten, ebenso die Orientirung. Doch kann für den Fall, dass die Denkerschwerung einen besonders starken Grad erreicht, auch eine gewisse Störung auf diesen Gebieten beobachtet werden. Es handelt sich dann aber gewöhnlich nicht um eine mangelhafte Orientirung im herkömmlichen Sinn, wie etwa beim Paralytiker oder beim Alkoholdeliranten, sondern nur um eine Erschwerung beim Versuch, sich in Ort und Zeit zurecht zu finden. Die Kranken strengen sich sichtlich an, über ihre Lage ins Klare zu kommen, was ihnen in der Mehrzahl der Fälle nach einigen vergeblichen Versuchen auch gelingt. Vielfach stehen im Vordergrund des Krankheitsbildes die psychomotorischen Erscheinungen, der Stupor. Manche Patienten liegen lange Zeit in stärkster Hemmung da, zuweilen mit kühlen Glied-

maassen, unter Nahrungsverweigerung und Sträuben bei Fütterungsversuchen; Monate lange verharren sie in strengem Stillschweigen. Nur der Gesichtsausdruck, der keine Spur von Depression zeigt, vielmehr öfter ein leichtes Lächeln aufweist, verräth in der Regel, dass es sich nicht um den gewöhnlichen zirkulären Stupor mit trauriger Verstimmung handelt. In anderen Fällen ist die Hemmung weniger stark ausgeprägt. Die Kranken antworten wohl, wenn man sie fragt, doch sprechen sie zögernd, mit leiser, gedämpfter Stimme, während sie spontan am liebsten gar nichts äussern. Sie sind bettsüchtig, lassen sich nicht zum Arbeiten bringen und zeigen in allen Bewegungen gewöhnlich schon auf den ersten Blick eine beträchtliche Verlangsamung. Der Gang ist schwer und bleiern, die Hand wird zögernd gegeben, die Schrift ist deutlich verlangsamt. In leichten Fällen wird die Hemmung gelegentlich unterbrochen durch irgend eine raschere, sinngemässe Bewegung. Die Schriftwagenversuche von Gross (Kräpelin's Psychologische Arbeiten, II., S. 510 f.) haben verschiedene Ergebnisse geliefert, je nachdem die psychomotorische Hemmung oder die manische Stimmung im Gesamtbild überwog. Das Schriftwagenexperiment gab in manchen, besonders intensiv gehemmten Fällen auch an der Curve deutlich die Zeichen der Hemmung wieder, geringen Druck und mässige Schriftzeichengrösse bei einem schleichenden, gleichmässigen Bewegungsablauf, allerdings, und darin zeigte sich ein manischer Zug, verbunden mit den Anzeichen von Erregbarkeit. Je mehr der Schwerpunkt im Krankheitsbild nach der manischen Seite hinneigte, um so energischer trat die Erregbarkeit mit Druckschwankungen, kürzeren Pausen und plötzlichen Endigungen hervor.

In einzelnen Fällen, die wir noch der Gruppe des manischen Stupors zurechnen können, lässt sich die psychomotorische Hemmung nur noch aus einer gewissen Entschlussunfähigkeit und Unthätigkeit erkennen, so dass bei vorhandener Denkerschwerung daraus ein Bild resultirt, welches der als 3. Gruppe der Mischzustände dargestellten unproduktiven Manie nahekommt.

Ueber den Affekt lässt sich bei stark gehemmten Kranken, die zu keiner Aeusserung veranlasst werden können, oft nur aus dem Gesichtsausdruck ein Urtheil gewinnen. Gegenüber dem gewöhnlichen zirkulären Stupor mit Depression vermissen wir hier den finsteren

Ausdruck mit seinen senkrechten Stirnfalten, den tiefstehenden Augenbrauen und herunterhängenden Mundwinkeln bei angespanntem Musc. corrugator supercilii, orbicularis orbitae und depressor anguli oris; das Gesicht des Manischstuporösen zeigt vielmehr einen durchaus ruhigen, heiteren, oft verschmitzten oder moquanten, gelegentlich auch etwas zornigen Ausdruck. Ab und zu überfliegt ein Lächeln die Züge. Etwaige Fragen, ob die Kranken traurig oder ängstlich seien, werden entschieden verneint. Bei geringeren Graden der Hemmung lässt sich leichter die gehobene Stimmung feststellen. Die Kranken fixiren, lassen ihre Blicke aufmerksam umherschweifen, nehmen Antheil an der Umgebung und werfen ab und zu ganz treffende Bemerkungen in fremde Gespräche. Als einmal eine Sondenfütterung in der Nähe einer manisch-stuporösen Patientin vorgenommen wurde, erhob sich dieselbe, ging auf den Arzt zu und sagte: „Das muss ich mir doch auch einmal ansehen, so was hab' ich noch nie gesehen." Eine Kranke, bei der sich nach heftiger manischer Erregung sehr rasch der Uebergang in manischen Stupor vollzogen hatte, wollte sich gar nicht von der unruhigen Abtheilung, auf der sie sich bis dahin hatte aufhalten müssen, zu ruhigeren Patienten wegbringen lassen; es gefiel ihr das erregte Treiben um sie herum und sie meinte, da wäre es gerade schön. Nicht selten zeigt sich unter der Hülle der psychomotorischen Hemmung ein deutlich erkennbarer Bewegungs- und Thatendrang. Ruhig im Bett liegend, das Gesicht nach der Wand gekehrt, fangen manche Kranken an, mit den Fingern oder mit dem Bettzeug zu spielen, zerstören langsam die Tücher und Decken, bohren Löcher in die Wände, malen und schmieren in ausgeprägt manischer Weise, dekoriren sich mit Ringen aus Haaren oder Tuchfetzen, flechten sich Kopf- oder Barthaare u. s. w. Ein Patient sass Tag aus, Tag ein in der Ecke des Gartens oder bewegte sich nur langsam an der Mauer hin und her, ohne dass man gewahr wurde, was er eigentlich trieb; nach längerer Zeit sah man nun da, wo er sich zu schaffen gemacht hatte, Getreidehalme aufspriessen. Der Kranke hatte sich aus den gedroschenen Aehren eines Strohsackes ein paar zurückgebliebene Körner zusammengesucht und diese zu seinem stillen Vergnügen an die Gartenmauer gepflanzt. Ganz gebräuchlich sind bei manischstuporösen Kranken kleine Neckereien und Schabernacksstreiche, die sie den Aerzten und dem Pflegepersonal

spielen, wie Verstopfen der Schlüssellöcher, Entwendung der Schlüssel u. dgl. Fluchtversuche werden manchmal mit grossem Geschick und umsichtiger Konsequenz eingeleitet. Gebildete Patienten vertreiben sich oft Wochen lang die Zeit durch Lektüre, worauf sich später feststellen lässt, dass sie alles ganz gut aufgefasst haben, während sie in der Zeit des manischen Stupors auf keine Weise zum Sprechen oder zu irgend einer anderweitigen Beschäftigung zu bringen waren. Bei weiblichen Patienten spielt die Erotie vielfach eine ganz beträchtliche Rolle; der heitere Ausdruck belebt sich, wenn ihnen der Puls gefühlt wird, sie werfen verliebte Blicke und gelegentlich durchbrechen sie ihre Hemmung, um den Arzt am Rock zu zupfen oder ihn festzuhalten und Umarmungsversuche u. dgl. zu machen. Kurze Unterbrechungen des Stupors gehören nicht zu den Seltenheiten; manchmal kommt es vor, dass solche Patienten auch einmal in mehr oder weniger scherzhafter Weise aggressiv werden gegen ihre Umgebung.

Das Bild des manischen Stupors erhält seine besondere Nüancirung vielfach durch die Veränderungen auf assoziativem Gebiet. Meist besteht Denkhemmung; die Kranken brauchen ungemein lange Zeit, wenn sie kleine Rechenaufgaben lösen oder irgend eine Urtheilsbildung oder Schlussfolgerung vornehmen sollen. Irrthümer kommen leicht vor, werden aber gewöhnlich von den Kranken selbst erkannt und verbessert. Die Aeusserungen haben vielfach etwas Eintöniges und wiederholen sich öfter an verschiedenen Tagen. Gern verzichten die Kranken, auf irgend eine Frage einzugehen, und fertigen den Frager kurz ab mit einem: „Ich weiss nicht“. Einer Patientin wurde aufgetragen: „Rechnen Sie von 100 rückwärts immer drei ab!“ Sie begann: „„100 — 97 — ich bring' es wirklich nicht gut zu Weg.““ („Nur zu!“) „„— 94 —““ („Weiter!“) „„91 —““ („Weiter! — Weiter! — was hab' ich gesagt?“) „„Ich soll zählen von 100 rückwärts, immer 3.““ („Also!“) „„Mein Verstand hat wirklich arg gelitten!““ Zu weiteren Aeusserungen war sie nicht mehr zu veranlassen.

In anderen, selteneren Fällen kann man gelegentlich Ideenflucht feststellen. Vor Allem hochgradige Ablenkbarkeit ist etwas Gewöhnliches. Besonders zu beachten ist die Erregbarkeit auf dem Gebiet der motorischen wie der assoziativen Vorgänge. Selbst recht intensiv gehemmte Kranke kann man in eine gewisse Lebhaftigkeit versetzen, wenn man sich längere Zeit mit ihnen abgibt. So hatte

eine Patientin, die bei Gelegenheit eines Vortrags ganz kurz vorgestellt wurde, sich zunächst nur mangelhaft demonstrirt, die Hemmung liess eine genauere Prüfung des Geisteszustands, der Denkerschwerung u. s. w. nicht zu, das Verhalten war so ablehnend, dass man auf den ersten Blick an Negativismus denken konnte; als wenige Tage darauf dieselbe Kranke in der Klinik vorgestellt wurde und nun fast eine Stunde Untersuchungszeit zur Verfügung stand, gelang es allmählich vollkommen, sie zu allen gewünschten Aeusserungen zu veranlassen und einen unvergleichlich tieferen Einblick in ihren geistigen Zustand zu gewinnen, als vordem bei einer Prüfung von 10 Minuten. In manchen Fällen sind die Kranken auch wieder recht ermüdbar, so dass sie bei längerer Untersuchung schliesslich versagen. Das Gedächtnis der Manischstuporösen ist an und für sich immer erhalten, jedoch macht sich beim Vorhandensein von Denkhemmung meist etwas Schwerbesinnlichkeit bemerkbar, die später wieder spurlos verschwindet.

Sinnestäuschungen kommen vereinzelt vor, doch sind sie im ganzen recht selten. Eher treten einmal Wahnideen expansiver Art auf, die jedoch wenig Zusammenhang zeigen, nicht sehr fest haften und gewöhnlich rasch vorübergehen.

Krankheitsgefühl findet sich gewöhnlich erst gegen Ende des Zustands; vorher fühlen sich die Kranken durchaus wohl und kerngesund.

In schweren Fällen ist Appetit und Schlaf mangelhaft; hie und da zeigen sich darin starke Schwankungen.

Das Körpergewicht sinkt zu Beginn des Anfalls beträchtlich, manchmal um $^1/_4$, und bleibt trotz guter Beaufsichtigung der Nahrungsaufnahme auf einem niedrigen Standpunkt, um sich vor der Genesung rasch wieder zu heben.

In differential-diagnostischer Hinsicht verdienen bei der Betrachtung des manischen Stupors zunächst gewisse Zustände im Verlauf der Dementia praecox, vor allem in ihrer katatonischen Form, besondere Berücksichtigung. Wenn der katatonische Stupor stark ausgeprägt ist, sodass die Kranken lange Zeit völlig regungslos daliegen, kommt es doch nicht selten vor, dass ihr Gesichtsausdruck deutlich die Zeichen einer gewissen Euphorie bietet. Die äussere Erscheinung erinnert dann auf den ersten Blick ausserordentlich lebhaft an den

manischen Stupor mit extrem starker Hemmung und Mutazismus. Da eine Verständigung durch Fragen ausgeschlossen ist, liegt eine Verwechslung beider Zustände ziemlich nahe. Auch die bei der Unterscheidung des katatonischen vom zirkulär-depressiven Stupor oft gute Dienste leistende Prüfung der affektiven und motorischen Reaktion auf die Bedrohung mit einer Verletzung durch Nadelstiche, wobei die Zirkulären gewöhnlich lebhafte Angst und ganz natürliche Abwehrbewegungen kundgeben, während die Katatoniker in ihrer gemüthlichen Stumpfheit meist gar nicht reagiren, versagt den Manisch-stuporösen gegenüber sehr häufig, weil wegen der manischen Euphorie die Angst vor Schmerzen nicht aufkommen kann. Eins der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale bietet uns nun hier der katatonische Negativismus. Bei irgend welchen Aufforderungen, die Hand zu geben, aufzustehen u. s. w. sehen wir am zirkulären Kranken gewöhnlich die Spur einer Anstrengung, dem Befehl nachzukommen, die aber vielfach der starken Hemmung gegenüber machtlos ist. Die Katatoniker jedoch vollziehen häufig nicht nur nicht den Auftrag, sondern sie machen in Folge von Gegenantrieben oft genug die entgegengesetzte Bewegung. Manchmal auch dauert es beim Katatoniker eine ganze Weile, ehe die Reaktion erfolgt, bis auf einmal die Bewegung ganz flott vor sich geht. Auch der Manisch-stuporöse lässt gelegentlich eine Aufforderung unausgeführt, so dass man an Negativismus denken könnte; doch handelt es sich dann immer um den Ausfluss einer gereizten, ablehnenden Stimmung oder einen euphorischen, etwas erotischen und darum mit dem Auftraggeber scherzenden oder kokettirenden Zug; Affekte und Vorstellungen liegen diesem Verhalten zu Grund. In ganz einfachen Bewegungen, im Handgeben, Herausstrecken der Zunge u. s. w. lässt sich oft schon das manirirte Wesen des Katatonikers unterscheiden von der langsamen, aber durchaus natürlichen, ungezwungenen Reaktion des Zirkulären. Es handelt sich hier um dieselbe Unterscheidung wie beim zirkulären, depressiven Stupor gegenüber dem gewöhnlichen katatonischen Stupor. Nicht zu unterschätzen ist dabei auch die Beurteilung der Gesichtszüge. Auf der einen Seite, beim Manisch-stuporösen, sehen wir den Ausdruck ungezwungener Heiterkeit, oft einer strahlenden, sonnigen Euphorie, während das Lächeln des affektlahmen Katatonikers sehr auffällig dem Grinsen ähnelt; es ist

mit Grimassen verbunden; wohl wird die Muskulatur vielfach noch in entsprechender Weise innervirt, doch wirkt das Auge nicht mehr mit, das glanzlos, ohne zu fixiren, ins Weite starrt. Man kann den Unterschied des natürlichen Ausdrucks der Heiterkeit beim Maniacus von dem verzerrten Lachen des Katatonikers vergleichen mit dem Abstand des feinen Humors eines gewiegten Lustspieldarstellers von der grotesken Komik eines Clowns. Die Fälle, welche Meynert in seinen „Klinischen Vorlesungen über Psychiatrie", (Wien 1890,) Seite 56 f. als „Stuporöse Manie" bezeichnet, lassen sich ganz treffend auffassen als Zustände katatonischen Stupors mit euphorischem Gesichtsausdruck; er spricht an dieser Stelle von Stuporformen, die eingeleitet sind durch eine schon mit Stupor gemengte Manie; in diesem Einleitungsstadium fand er nun exaltirte Züge, Gestikuliren, Deklamiren von Trivialitäten mit geschraubten Ausdrücken, Wiederholen derselben Phrase, Assonanzen, Wortaufzählungen und dergl. Alles das sind Symptome, die sich ungezwungen in das Bild einer katatonischen Erregung mässigen Grades einreihen lassen; das von Meynert ausführlicher wiedergegebene Beispiel eines erkrankten Mediziners deckt sich durchaus mit der von Kräpelin entworfenen Schilderung der Katatonie.

Fälle von manischem Stupor sind es zweifellos gewesen, die für manche Autoren mit die Veranlassung waren zur Aufstellung einer Form der periodischen Paranoia. Wenn man mit Kräpelin die Paranoia definirt als eine Krankheit, die sich kennzeichnet durch ein ganz chronisch sich entwickelndes, wohlfixirtes, in sich zusammenhängendes unerschütterliches Wahnsystem, das im Lauf der Zeit sich immer weiter ausbreitet und geistig verarbeitet wird, bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit, so kann von der Gefahr einer Verwechslung mit den manisch-stuporösen Fällen, in denen nur ganz vorübergehend ein paar wahnhafte Aeusserungen zur Beobachtung kommen, wohl nicht ernstlich die Rede sein.

Eher ist es möglich, dass der Untersucher auf den Gedanken an eine progressive Paralyse kommt, wenn er einen Patienten sieht, der zu Beginn der Erkrankung sich durch Unternehmungs- und Kauflust bemerklich gemacht hat, der jetzt ein gebundenes, an Benommenheit erinnerndes Wesen mit Euphorie zeigt, dessen Denkhemmung für beginnende geistige Schwäche gehalten werden könnte,

und bei dem die Gedächtnisprüfung kein günstiges Ergebniss liefert. Den Ausschlag braucht in der Mehrheit der Fälle doch nicht ausschliesslich die Erhebung des körperlichen Befundes zu geben, deren negativer Ausfall überhaupt keine Beweiskraft hätte, sondern zunächst der Nachweis von Besonnenheit, Orientirtheit und die bei wiederholten Versuchen gewöhnlich gelingende Feststellung der Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses und des Urtheils; vor allem aber ist das Symptom der psychomotorischen Hemmung massgebend, das in seiner für das zirkuläre Irresein charakteristischen Ausprägung auch in stark stuporösen Formen der Paralyse nicht gefunden wird. Dazu verdient noch Berücksichtigung der Zug von Frische und Natürlichkeit, der durch das ganze Verhalten des Manisch-stuporösen geht, gegenüber der gemüthlichen Schwäche und der Stumpfheit des Paralytikers und der Manirirtheit ohne anhaltenden Affekt beim Katatoniker.

Zur spezielleren Veranschaulichung dieser allgemein gehaltenen Schilderung des manischen Stupors sollen folgende Krankengeschichtsauszüge dienen.

H. A., Landwirt, Ende 1859 geboren, erblich nicht belastet, war als Knabe gut beanlagt, doch sprach er immer wenig. 1882, im 3. Militärdienstjahr, erkrankte er an Manie und war 8 Wochen in Illenau. Im Sommer 1883 war er ausserhalb der Anstalt einige Zeit erregt. 1884 kam er auf 6 Monate mit manischer Erregung in die Irrenklinik zu Heidelberg; er hatte draussen Telegraphendrähte zerstört und seine Umgebung bedroht. In der Anstalt war er heiter, neckte die anderen Kranken und trieb allerlei Unfug, doch produzirte er im ganzen recht wenig. 1886 war er in ähnlichem Zustand ein Vierteljahr, 1890 etwa 5 Monate in der Klinik. Zu Hause war er ganz gesund und fleissig. Ende 1895 erkrankte er nun wieder, wurde still und schaute viel vor sich hin. Bald wurde er erregt, schlief wenig, lief herum und bedrohte seine Eltern. Bei der Aufnahme zeigte er gehobene Stimmung und sprach unaufhörlich vor sich hin. Er war besonnen, geordnet, orientirt und gab richtig Auskunft; den Oberwärter erkannte er vom vorigen Aufenthalt her wieder. Krankheitseinsicht bestand nicht. Körperlich zeigte Pat. lebhafte Patellarreflexe, links Andeutung von Fussklonus, Hypalgesie und etwas Katalepsie, sonst nichts Abnormes. Die ersten Tage blieb er ruhig im Bett, das Gesicht in die Kissen vergraben; spontan redete er

nichts. Seine Antworten waren durchaus sinngemäss und entsprachen der heiteren Stimmung, die auch schon im Gesichtsausdruck zu lesen war. Allmählich ward er unruhiger, sang oder pfiff. Er verübte verschiedenen Unfug, klebte Papierstückchen an die Fenster, verstopfte Schlüssellöcher, zerriss fremde Wäschestücke. Ein Bild in der Abtheilung beschädigte er, indem er 2 kleine Löcher hineinriss und auf einen dargestellten Schneeberg das Wort „Hochgebirg“ schrieb. Dazwischen lag er manchmal stundenlang unbeweglich da und starrte zum Fenster hinaus. Gelegentlich schimpfte er laut und zerstörte Fensterscheiben. Nach 10- bis 11-monatlicher Dauer dieser leichten manischen Erregung mit gehobener Stimmung und Thatendrang rückte immermehr der Stupor in das Vordertreffen, der sich stundenweise auch vorher schon manchmal geltend gemacht hatte. Erregungszustände traten nicht mehr auf; der Beschäftigungsdrang äusserte sich in der ersten Zeit der Hemmung gelegentlich noch einmal durch Schreiben eines Briefes mit ausgesprochener Denkerschwerung oder durch kleine Zerstörungen, Zerkratzen von Bänken, oder durch leises vor sich hin Plaudern, während in dem verschmitzten Lächeln die gehobene Stimmung dauernd ihren Ausdruck fand. Mit Vorliebe stand Patient still im Abtritt der Abtheilung und sah zum Fenster hinaus. Spontan redete er gar nicht mehr; auf Fragen gab er jedoch gewöhnlich noch prompt und sinngemäss Antwort, oft in etwas scherzhafter und kindischer Auffassung. Einige Wochen lang versagte er jederlei Auskunft oder antwortete nur mit ein paar unartikulirten Lauten. Nach Ablauf mehrerer Monate trat ab und zu wieder eine kurze Erregung auf. Allmählich trieb er wieder mehr Unfug. Als er mit einem grossen Stück Baumrinde in der Hand getroffen ward, sagte er, das habe er gefunden: auf die Vorhaltung, er habe es doch abgerissen, denn von selbst könnte kein so grosses Stück Rinde abfallen, antwortete er schlagfertig: „Doch, die Schlangen häuten sich ja auch.“ Nachdem er einmal mit einem Stein die Rinde eines Bäumchens zerkratzt hatte, wollte er sich durch die Antwort herausreden: „Das wird wohl ein Vogel im Vorbeifliegen mit dem Flügel gemacht haben.“ Seine langsamen Bewegungen wurden allmählich freier und flotter. Die Spässe und scherzhaften Streiche wurden seltener. Nachdem einige Zeit die Hemmung nur noch durch die Unthätigkeit angedeutet war, brachte man ihn

schliesslich auch dazu, sich an der Gartenarbeit zu betheiligen. Die manische Stimmung klang ab; Patient war vollkommen ordentlich und fleissig, als er nach $1^3/_4$ jährigem Anstaltsaufenthalt entlassen wurde. Nach mehr als $1^1/_2$ jähriger gesunder Zwischenzeit erkrankte er IV. 1899 wieder an Manie. In dem Fall H. A., dessen affektives und psychomotorisches Verhalten auf der beigefügten Tafel unter IX schematisch wiedergegeben ist, setzte die psychomotorische Hemmung, die in Verbindung mit der durchweg manischen Stimmung das Bild des manischen Stupors kennzeichnete, erst ein, als schon die erste Hälfte des Anfalls vorüber war, allerdings nachdem sie sich stundenweise schon vorher bemerklich gemacht hatte. Sie gab sich vorzugsweise in der Unthätigkeit, der Langsamkeit der Bewegungen und dem Nichtsprechenwollen des Patienten kund, doch fand sie ab und zu Unterbrechungen durch einen leichten Thatendrang. Im Anfang bestand etwas manische Ideenflucht, bald aber war deutlich Denkerschwerung nachweisbar. Der manische Stupor erstreckte sich immerhin auf eine Zeit von etwa $^3/_4$ Jahren. Abbildung 1 zeigt den Patienten im manischen Stupor mit heiterem Gesichtsausdruck, der eine gewisse Zurückhaltung und ein verschmitztes Lächeln erkennen lässt, während nichts auf Grimassiren wie beim Katatoniker oder auf geistige Schwäche hindeutet.

Frau C. G. ist geboren im Mai 1869. Ein Bruder starb wahrscheinlich durch Suicid, ein Bruder der Mutter war geisteskrank. Sie hat spät laufen gelernt. Mit 7 Jahren hatte sie „Hirnentzündung", ferner ein Augenleiden. Manchmal soll sie Ohnmachten gehabt haben. Als Kind war sie phlegmatisch; in der Schule zeigte sie mittlere Begabung. 1883 hatte sie einen Krampfanfall; auch in den folgenden Jahren kamen noch einige Anfälle vor, die als hysterische gedeutet wurden. Mit 16 Jahren wurde sie Dienstmädchen. 1886/87 erkrankte sie an Manie, war $^3/_4$ Jahr in der Heidelberger Irrenklinik und zeigte sich nach der Entlassung noch einige Zeit weinerlich und trübsinnig. 1889 war sie wieder 4 Monate manisch; in einem Brief, den sie damals nach Hause richtete, schrieb sie: „. . . denn das wisst ihr schon länger als ich selbst, dass ich ein ewiger Unruh und Wildfang bin"; dabei beklagte sie heftig ihre Leiden. In den Zwischenzeiten war sie immer ganz gesund. 1892 heirathete sie, 1894 erkrankte sie während des 3. Laktationsmonats bei ihrem 2. Kind wieder und wurde 3 Wochen in der Klinik behandelt. Sie

zeigte gehobene Stimmung, lachte viel, war erotisch; bald wurde sie etwas stuporös, unaufmerksam und denkträge. Dazwischen wieder war sie stark erregt. Beruhigt wurde sie entlassen. Herbst 1897 wurde sie 6 Wochen nach der Geburt des 3. Kindes während der Laktation traurig und legte sich hin, um alsbald in heitere Erregung überzugehen. Sie fing mit der Umgebung Streit an, weshalb man sie Ende X. 1897 wieder in die Klinik brachte. Sie fasste gut auf, war besonnen, geordnet und hinreichend örtlich orientirt; das Jahr nannte sie richtig, den Monat nicht. Sie erkannte Aerzte und Wärterinen von ihrem früheren Aufenthalt wieder. Die Stimmung war durchaus gehoben, meist sehr erotisch, gelegentlich auch zornig gereizt und grob; in seltenen kurzen Stunden liess sich entschieden auch etwas deprimirte Stimmung beobachten. Meist zeigte Frau G. Bewegungs- und Thatendrang, der aber schon früh von einzelnen stuporösen Stunden unterbrochen wurde. Sie lief viel herum, folgte der Visite, schwatzte in die Unterhaltung der Aerzte hinein, nahm dem Professor den Hut weg, zerriss einen Brief des Mannes, ohne gelesen zu haben, gab schnippige Antworten, oft im Dialekt, lachte und sang. Ihren Mann, der sie besuchte, wollte sie durchprügeln. Von der gemeinschaftlichen Weihnachtsbescheerung 1897 musste sie entfernt werden, weil sie mit den Pantoffeln nach den Christbäumen werfen wollte. Nach 3monatlicher Dauer war an die Stelle der psychomotorischen Erregung ganz ausgeprägt die Hemmung getreten. Abwechselnd gab sich die gehobene Stimmung in Erotie oder Gereiztheit kund, oft so intensiv, dass auf kurze Zeit der Stupor dadurch unterbrochen werden konnte. Bei der Visite rief sie den Aerzten zornig zu: „Nur 3 Schritte vom Leib oder Sie kriegen eine tüchtige Schelle auf ihre Gosche.“ Gelegentlich suchte sie sie zu umarmen, ihnen die Schlüssel wegzunehmen u. dgl. Sie schlug auch manchmal um sich, warf mit einer Schüssel, meist aber lag sie still, fast regungslos im Bett und führte nur die nöthigsten Bewegungen aus; alles ging schwerfällig von statten, Aufforderungen blieben häufig unausgeführt; sie sprach langsam und leise oder antwortete gar nicht. Während öfter nur eine heitere, zufriedene Miene oder ein vorüberhuschendes Lächeln die Euphorie ausdrückte, wurde der Mutazismus und die Nichtbefolgung von Aufforderungen manchmal so intensiv, dass dadurch Negativismus vorgetäuscht werden konnte.

Recht häufig war Patientin durch vielerlei Fragen und Bitten nicht dazu zu bringen, Antwort zu geben, ja sie drehte sich gelegentlich herum, zog die Hand zurück, zeigte dem Frager den Rücken oder kroch unter die Decke. Es handelte sich hierbei um die Koketterie manischer Kranken, um Trotz oder eine gewisse Ziererei, die vielfach in Verbindung mit Erotie stand, immer aber auf Affekten und Vorstellungen beruhte, worauf auch die hie und da solches Benehmen begleitenden Aeusserungen der Kranken deutlich hinwiesen, wie: „Woher kennen Sie mich eigentlich!?“ oder: „Sie haben nichts zu fragen! Frag' ich Sie?“ oder auch: „Bekommen Sie noch nicht genug? Bin ich Ihr Singlehrer? Müssen Sie gleich alles lernen, Teufelskerl?“ Besonders körperlichen Untersuchungen gegenüber, so bei der Perkussion und Auskultation, war sie oft heftig ablehnend. Alle ihre Aeusserungen und Handlungen jedoch waren durchweg frei von auffallenden Wendungen, Manieren und Absurditäten; nie liess sich geistige Schwäche daraus erkennen; alles, was sie sprach und that, zeigte einen frischen natürlichen Zug; ihre Reden hatten sozusagen Hand und Fuss. Besonders bezeichnend für den manischen Grundzug der Krankheit war die gewöhnlich recht deutliche Ablenkbarkeit, die Beobachtung der Umgebung und die Erregbarkeit durch äussere Eindrücke. In der ersten Zeit bestand entschieden Ideenflucht, die sich auch späterhin gelegentlich durch einzelne Wortspiele, Klangassoziationen u. s. w. noch zu erkennen gab. Auf die Bemerkung: „Sie schwitzen ja!“ sagte die Kranke: „Ja, im Schweisse deines Angesichts, sonst nichts.“ Gefragt, ob sie Schmerzen auf der Brust habe, erwiderte sie: „Ja, auf der Brust, im Brustkasten, im Kästle!“ Als in ihrer Nähe ein Name „Fassnacht“ ausgesprochen wurde, rief sie dazwischen: „Ja, Sie sind ein Fass bei Nacht.“ Meist aber überwog in der stuporösen Zeit doch die Denkhemmung. Bei einer klinischen Vorstellung gab sie richtig Jahreszahl und Geburtsjahr an, ohne dass sie im Stande war, daraus ihr Alter zu berechnen; aufgefordert, den Namen anzuschreiben, schrieb sie ihren Vor- und Mädchennamen; sie rechnete umständlich und langsam und machte dabei Fehler, die sie erst auf wiederholte Aufforderung hin ausglich.

Während sie früher in rein manischer und in gesunder Zeit ganz gewandt und ziemlich orthographisch Briefe schrieb, wie schon die kurze Probe unten auf Seite 32 zeigt, lässt sich aus folgendem, Ende 1898 ge-

schriebenen Brief deutlich die Denkstörung erkennen, der es schwer wird, für den beabsichtigten Sinn die richtigen Ausdrücke zu finden: „Irrenklinik IIVI. Dezember 1899. Lieber Bruder Friedrich! Benachrichtiger dich Kurtz, dass ich soweit edwas Besser bin, u. nichts Über mein Zustand zu klagen hab als dass wenn nur zu Hause ebenfals nicht besser Aufgehoben würde sein geworden wie H N A N. Wir wie du mein l. Fritz werden Unsere Mutter sehr vermissen, auch unser Alt-verehrter H. D. N. ebenfals gestorben — Sonst weiss bessonderes verbleibe mit frdl. Gruss deine Schwester C. . . Wünche zum Jahreswechel Ein recht herzl. Glück u. Segenswünsche.“ Immerhin muss die Thatsache, dass sich die Patientin nunmehr wieder zum Entschluss des Briefschreibens aufraffen konnte, auf einen Rückgang der psychomotorischen Hemmung hinweisen. Die manische Stimmung ist zur Zeit auch im Nachlassen begriffen, so dass eine völlige Wiederherstellung wohl in kürzerer Frist zu erwarten steht. Patientin hat während des Anstaltsaufenthalts eine Pleuritis, sowie Zustände von Herzschwäche durchgemacht, ohne dass ihr psychisches Verhalten dadurch beeinflusst worden wäre. Der ganze Anfall bot nach etwa zehnwöchigem, manischerregtem Eingangsstadium für mehr als ein volles Jahr das typische Bild des manischstuporösen Zustands. Bemerkenswerth ist der Fall zugleich auch deswegen, weil er einen Mischzustand zeigt, der, wie öfter zu beobachten, erst als einer der späteren, länger dauernden und schwereren Anfälle im Leben eines manischdepressiven Patienten auftritt. Abbildung 2 zeigt die Patientin in der Zeit des manischen Stupors ruhig im Bett liegend, wie sie stillvergnügt mit dem Ausdruck natürlicher Heiterkeit lächelt und sich dabei aufmerksam nach den Vorgängen in ihrer Umgebung umsieht.

Ein besonders sprechendes Beispiel des manischen Stupors bietet noch folgender Fall:

Frau X. Y. ist geboren im Frühjahr 1846; ein Onkel war im hohen Alter trübsinnig; 6 Geschwister leben und sind gesund. In der Jugend lernte sie gut und war sehr fleissig. Nie war sie ernstlich körperlich krank, nur äusserte sie manchmal Herzbeschwerden. Im 18. Lebensjahr soll sie kurze Zeit deprimirt gewesen sein und sich Selbstvorwürfe gemacht haben. Mit 28 Jahren wurde sie nach der Entwöhnung ihres 2. Kindes geisteskrank und kam auf $^3/_4$ Jahr in die Irrenanstalt zu Erlangen. Bei der Aufnahme war sie deprimirt,

ängstlich und unruhig. Sie hielt sich unrein, war abstinent und mutazistisch. Es traten Halluzinationen auf und sie beging ein Tentamen suicidii. Nach 8 Tagen jedoch wurde die Stimmung heiter, Patientin verlangte hinaus, antwortete aber nicht auf Fragen und nahm noch ungenügend Nahrung auf. Sie theilte dem Personal Ohrfeigen aus und nannte die Wärterin eine Hexe. Mit Eifer bemühte sie sich, die Schlüssel in ihre Gewalt zu bekommen. Sie trieb allerlei Schabernack, warf den Kamm in den Abtritt, versteckte die Bettüberzüge oder den Trinkbecher. Den Arzt redete sie stets vertraulich mit „Du“ an: „Trag' mich! nimm mich mit! Du bist mein Bruder, bist mein Mann!“ Dabei war sie immer orientirt. Auf Fragen antwortete sie meist gar nicht, sondern lachte nur den Anwesenden in's Gesicht. Wenn sie sprach, dauerte es gewöhnlich längere Zeit, bis sie einen neuen Satz vorbrachte. Gelegentlich konnte sie recht grob werden. Im Garten riss sie Blätter und Blüthen ab. Einer Kranken entwandte sie die Kleider, um dieselben selber anzuziehen, mit der Begründung, diese seien eben schöner als ihre eigenen. Zum Arbeiten hatte sie nicht die geringste Neigung. Ihre Aeusserungen zeigten dauernd eine gehobene, oft etwas erotische Stimmung. Zum Arzt sagte sie: „Komm, ich geb' dir einen Kuss!“, zur Oberwärterin: „Du bist meine Magd!“ Sie wurde ungeheilt abgeholt, doch nach vierwöchigem Aufenthalt zu Hause genas sie vollständig.

Frau Y. versah seitdem ihren Haushalt als ordentliche, fleissige Hausfrau und Mutter. Nur fiel sie manchmal durch etwas Nervosität und Nachdenklichkeit auf.

Nach 22jähriger Zwischenzeit erkrankte Frau Y. wieder, im Sommer 1896, angeblich im Anschluss an die Aufregung über einen Hausverkauf, übrigens während ihrer Menopause. Anfang Oktober wurde es schlimmer, sie schlief nicht mehr und machte sich Vorwürfe Sie wurde alsbald in die Irrenklinik zu Heidelberg aufgenommen, zeigte in den ersten Tagen noch Depression, wünschte sich den Tod, hielt sich für krank, änderte sich dann aber in ihrem Verhalten, um nunmehr ein Krankheitsbild zu entwickeln, das mit nahezu photographischer Treue dem Zustande entspricht, den uns die alte Erlanger Krankengeschichte schildert.

Ordnung, Besonnenheit und Orientirung erwiesen sich Anfangs nicht als beeinträchtigt. Handgreiflich bestand eine tiefgehende

Hemmung und Verlangsamung aller Bewegungen. Patientin sprach sehr wenig, leise und nur mit grossen Pausen. Vor allem mit ihren Antworten war sie äusserst karg. Dauernd bestand eine grosse Unschlüssigkeit, ein Hang zur Unthätigkeit, vielfach eine ausgesprochene Bettsucht, oft aber auch Unstetigkeit und Unruhe. Wohl schienen schon beim ersten Anblick die Bewegungen recht langsam, gravitätisch und gemessen. Diese Beobachtung fand aber ihre vollste Bestätigung noch durch die Laboratoriumsversuche an der Schriftwage. Von allen untersuchten manisch-stuporösen Kranken lieferte Frau Y. diejenigen Kurven, welche am meisten den rein stuporösen Kurven ähnlich sehen. Der Druck der Schrift war ausserordentlich gering, die Geschwindigkeit stark herabgesetzt. Die Dauer des Schreibens von Zahlenreihen war mehr als doppelt so gross wie bei Gesunden. Es waren sowohl die Pausen verlängert als auch die eigentliche Schreibzeit. Einen Schreibweg von einem Millimeter zurückzulegen, gebrauchte Patientin selbst im Minimum mehr als die bei Normalen im Maximum beobachtete Millimeterschreibzeit. Das Einzige, was im Versuch nicht den Ergebnissen bei rein stuporösen Kranken entsprach, sondern als manischer Zug aufgefasst werden musste, war der Nachweis einer Zunahme der Schreibgeschwindigkeit während des Schreibens einer Zahlenreihe, also das Anzeichen für eine gesteigerte psychomotorische Erregbarkeit. Eine deutliche Denkhemmung fand sich ausgedrückt durch den Befund, dass zu kleinen Subtraktionen 4 mal so viel Zeit nothwendig war wie bei gesunden Personen. Zum Zählen von 1 bis 20 brauchte sie $^{71}/_{5}$ Sekunden, während der Normale in $^{15}/_{5}$ bis $^{25}/_{5}$ Sekunden diese Reihe aufzählt. Im Lauf der klinischen Beobachtung trat die Denkhemmung stärker hervor; Patientin hatte manchmal Mühe, sich zu orientiren oder sich auf etwas zu besinnen. Ganz deutlich war die Ablenkbarkeit festzustellen. In den allerersten Tagen des Anstaltsaufenthaltes bestand wohl noch etwas Depression, bald aber beherrschte eine durchaus gehobene Stimmung, meist mit erotischer Färbung, das Bild. Ganz vorübergehend war Patientin wohl noch einmal ängstlich, fragte plötzlich: „Ist mein Sohn gestorben? Ist mein Bruder tot? Was ist denn passirt? Ja, mein Kind ist gestorben, weil Sie mich so anschauen.“ Gewöhnlich herrschte jedoch heitere, unternehmende Stimmung; sie wolle bald gesund werden oder halte sich gar nicht für krank; sie möchte nach Hause, wolle

Einkäufe machen. Sie erhob grosse Ansprüche, verlangte von der 2. in die 1. Klasse versetzt zu werden, wünschte Kostzulagen. Einmal griff sie in die Taschen des Arztes, kramte darin herum und entwandte ein Taschentuch, das ihr nur mit Mühe wieder abgenommen werden konnte. Vielfach klagte sie die Wärterinnen an, spielte ihnen kleine Streiche, vor allem suchte sie ihnen die Schlüssel zu entwenden. Hartnäckig und heftig drängte sie aus der Abtheilung und ging unruhig hinter der Thüre hin und her. Sie verweigerte oft die Nahrungsaufnahme, sodass zur Sondenfütterung geschritten werden musste, wobei sie derartig widerstrebte, dass für ihr Leben gefürchtet wurde; das Körpergewicht sank dabei rasch um 35 Pfund. Dann wieder verzehrte sie recht viel, 4 Tassen Kaffee und 3 Brötchen auf einmal, und nahm mit Vorliebe anderen das Essen weg, doch nur die bessere Kost der Kranken 1. und 2. Klasse. Sie fahndete eifrig nach Geschenken, besonders Esswaaren, die anderen Kranken mitgebracht worden waren. Bei all ihrem Treiben trug sie einen selbstbewussten, stolzen, oft etwas schelmischen Gesichtsausdruck zur Schau, manchmal auch ein moquantes Lächeln, das oft in lautes Gelächter übertrieben wurde, nie aber den Eindruck des Manirirten, Grimassenhaften machte. Sie duzte dabei jedermann, bezeichnete den Professor als „Brotfresser“ und versuchte öfter, den Arzt zu küssen. Unter dem Hinweis auf das Telephon der Abtheilungen renommirte sie damit, dass ihre Verwandten alle Telephon hätten und man damit überallhin telegraphiren könnte. Einmal gab sie an, Stimmen zu hören, die ihr befahlen, aus dem Bett zu gehen; dann sagten die Wärterinnen, sie solle drin bleiben; nun wisse sie gar nicht, was sie thun solle. Bei allem, was mit ihr vorgenommen wurde, zeigte sie sich eigensinnig und verlangte immer was besonderes und besseres als alle anderen. Einmal gelang es ihr, der Wärterin die Schlüssel zu entwenden, womit sie auf die Männerabtheilung entwischte; ein ander Mal holte sie Nachts die Schlüssel unterm Kopfkissen der Wärterin hervor und brach in das Zimmer eines Arztes ein. Im Lauf von 2 Jahren milderten sich die Erscheinungen ganz allmählich. Die Hemmung zeigte sich vorzugsweise noch in der Unthätigkeit und Entschlussunfähigkeit; gravitätisch bewegte sich Patientin in der Abtheilung umher, das Kinn auf eine Hand gestützt, die Röcke etwas hochgehoben. Ab und zu liess sie sich durch Bitten und Versprechungen

dazu bringen, einen kurzen Brief an ihre Verwandten zu schreiben. Sie äusserte vielerlei Wünsche, wollte spazieren gehen, besonders aber entlassen werden. Gelegentlich machte sie im Garten einen Fluchtversuch durch Klettern an der Umzäunung. Auf der Abtheilung drang sie manchmal in fremde Zimmer und nahm Kleinigkeiten, besonders Esswaaren mit. Ihre Erotie trat noch häufig genug an den Tag; vor Allem einen der Aerzte verfolgte sie mit ihren Zudringlichkeiten: in einem Brief an ihre Verwandten lud sie die ganze Familie zu ihrer baldigen Verlobung mit einem Doktor ein; stundenlang lauerte sie am Fenster oder hinter den Thüren, bis der Betreffende zur Visite kam. Bei Besuchen von Seiten ihrer Verwandten wurde sie schliesslich zugänglicher, verlangte freilich immer dringend nach Haus, versprach, sich musterhaft zu halten, und beklagte sich bitter über ihre „Gefangenschaft". Noch im Sommer 1898 weigerte sich Patientin, als die Tochter sie durch mehrere Spaziergänge an das Leben ausserhalb der Anstalt zu gewöhnen versuchte, nach einigen gut abgelaufenen Ausgängen schliesslich auf das energischste, Abends wieder in die Klinik zurückzukehren. Immerhin war von Monat zu Monat eine Besserung wahrzunehmen. Wohl zeigte der Gesichtsausdruck noch etwas euphorische, leicht moquante Züge in Verbindung mit einer gewissen Zurückhaltung. Die Stimmung war öfter labil, Patientin drängte nicht mehr stürmisch fort, sondern bat mit einem Ausdruck des Bedauerns um ihre Entlassung nach Hause, sie möchte wieder im Kreis ihrer Kinder leben, es wäre doch traurig, so lang fort zu sein; sie fragte dabei: „Würden Sie Sich nicht auch nach Ihren Kindern sehnen?" Das Benehmen war allmählich freier geworden, die Antworten erfolgten prompter, es liess sich eine gewisse Krankheitseinsicht feststellen. Auffassung, Orientirung, Gedächtnis und Urtheil waren leistungsfähig. Die Unschlüssigkeit nahm ab, Patientin schrieb vierseitige Briefe und fing an, sich mit Handarbeit zu beschäftigen. Das Körpergewicht hatte sich wieder auf seinen früheren Stand erhoben und blieb dabei, so dass Frau Y. Ende 1898 nach $2^1/_4$ jähriger Anstaltsbehandlung in voller Rekonvalescenz entlassen werden durfte. Obwohl Patientin nicht einmal sogleich in ihre früheren häuslichen Verhältnisse zurückkehren konnte, sondern mit ihrer Tochter in einer fremden Stadt Hotelwohnung nehmen musste, ist die Heilung nicht aufgehalten worden.

Dieser Fall ist von ausserordentlicher Wichtigkeit einmal, weil er eine Wiedererkrankung nach 22jähriger freier Zwischenzeit darstellt, und dann, weil, abgesehen von der flüchtigen Depression im 18. Jahr, die beiden schweren Anfälle im Verlauf des Lebens ganz gleichmässig den Mischcharakter des manischen Stupors darboten. Unter dem Gesichtspunkt dieser Diagnose konnte die nunmehr thatsächlich eingetretene Wiederherstellung bereits zu Beginn des letzten Anfalls vorausgesagt werden, selbst zu einer Zeit, als die Patientin noch einen sehr schweren und in Anbetracht der Nahrungsverweigerung auch körperlich recht bedenklichen Zustand zeigte. Auch bei dieser Kranken hat der spätere Anfall einen langwierigeren Verlauf gehabt als der frühere, während ihrer Erscheinungsweise nach beide Krankheitsperioden sich Zug für Zug ähnlich sahen.

Es bedarf keines eingehenden Hinweises darauf, welch grosse praktische Wichtigkeit dieser Auffassung des manisch-stuporösen Zustandsbildes beizumessen ist, indem sie dem Anfall als solchem durch seine Eingliederung in die Gruppe des zirkulären oder manisch-depressiven Irreseins eine absolut günstige Prognose verleiht, im Gegensatz zu den wesentlich ungünstigen Aussichten, welche die bei der Differentialdiagnose in Frage kommenden Krankheiten eröffnen.

Als ein Seitenstück zum manischen Stupor können wir eine andere Gruppe von Mischzuständen auffassen, welche theoretisch ebenso bemerkenswerth wie die bisher dargestellte Form sind, wenn ihre praktische Bedeutung vielleicht auch minder schwer ins Gewicht fällt. Gleichsam eine Art Negativbild der soeben geschilderten Fälle mit heiterem Affekt, psychomotorischer Hemmung und Denkerschwerung liefern die Zustände, in denen sich depressiver Affekt mit psychomotorischer Erregung und Ideenflucht vereinigt. Gegenüber der gewöhnlichen stuporösen Depression des zirkulären Irreseins können wir hier, wo die Depression mit Erregung verknüpft ist, vielleicht zweckmässig die Bezeichnung der agitirten Depression anwenden. Dass solche Zustände auf kurze Zeit nicht selten sind, haben wir oben angeführt; oft kommen sie auch in Betracht bei jener Gruppe von Fällen mit häufigem Stimmungswechsel, wo bei fortdauernder Erregung mit Ideenflucht bald die gehobene Stimmung das Bild der gewöhnlichen Manie zeichnet, bald unter Umschlag des Affekts zur Depression ein Mischzustand zu Tage tritt,

wie wir ihn jetzt näher besprechen wollen. Der eingehender geschilderte, wechselreiche Fall M. U. bot ausserordentlich häufig das Bild einer agitirten Depression. Aber ebenso wie der manische Stupor dauert auch diese Mischform in nicht allzu seltenen Fällen so lange an, dass sie das Bild des Anfalls beherrscht und zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben kann.

Auffassung, Besonnenheit, Orientirung und Gedächtnis sind in der Regel intakt. Sinnestäuschungen und Wahnideen kommen vereinzelt vor, verschwinden aber schliesslich wieder wie bei allen zirkulären Erkrankungen. Der depressive Affekt kann in allen möglichen Abstufungen auftreten, von intensiver Suicidalneigung mit Selbstbeschädigung, Nahrungsverweigerung, lebhaften Selbstvorwürfen u. s. w. bis zu einer leicht gedrückten und gereizten Stimmung oder einem gelinden Queruliren. Auch der Grad der Erregung schwankt ausserordentlich. Bald eilen die Kranken durch die Abtheilung, drängen fort, stellen sich im Bett auf, entkleiden sich u. s. w., bald spiegelt sich die Erregung nur in einem leichten Rededrang wieder. Charakteristisch ist die Erregbarkeit, das Anwachsen der Erregung, sobald sich jemand mit den Kranken beschäftigt. Sie sind mittheilsam, suchen nach Leuten, denen sie ihre Klagen vorbringen und ihre vermeintlichen Sünden beichten können. Wie die echt manischen Kranken lassen auch sie sich leicht ablenken. Meist findet sich Ideenflucht, wenn auch nicht so lebhaft wie in der Manie, deren gehobene Stimmung ein viel mannichfaltigeres Abschweifen der Aufmerksamkeit ermöglicht als die eintönige depressive Färbung im Gefühlsleben unserer Patienten. Nicht ganz selten zeigt sich aber auch Denkhemmung; die Kranken sind dann schwerbesinnlich, müssen lange nachdenken, ehe ihnen eine Antwort einfällt, wiederholen sich öfter in ihren Aeusserungen, haben Mühe, sich zu orientiren und machen häufig, vor allem bei heftiger Erregung, einen recht verwirrten Eindruck.

Am meisten erinnern diese Kranken, vor allem wenn der Anfall in etwas vorgerückten Jahren auftritt, an die erregten Formen der Involutionsmelancholie. Es ist schon vor langer Zeit darauf hingewiesen worden, dass bei Melancholischen Erscheinungen beobachtet werden können, die der Ideenflucht der Exaltirten sehr ähnlich sehen; so durch Richarz, Ueber Wesen und Behandlung der Melancholie

mit Aufregung (Melancholia agitans), 1858, im XV. Band der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie", S. 28 ff. Solche Kranke klagen, keine Gedanken festhalten zu können; sobald sie einen Gedanken gefasst haben, sei er in einem Nu wieder weg und ein anderer, ganz fremdartiger sei da; sie könnten nicht nachdenken oder etwas durchdenken; sobald sie mit etwas begännen, hörte es gleich wieder auf; ihre Gedanken sprängen ab von einem zum andern. Richarz suchte diese Erscheinung von der manischen Ideenflucht zu unterscheiden, indem er letzterer die Neigung zur Reihenbildung zuschreibt, die beim „Melancholiker" sich nicht finden lasse. Als einen grundlegenden Unterschied können wir das nicht ansehen, denn auch bei der agitirten Depression kann, wie unsere Beispiele zeigen werden, Reihenbildung vorkommen, wenn auch manchmal einer solchen die gelegentlich mit Ideenflucht gleichzeitig auftretende Denkerschwerung entgegenwirkt; im übrigen stimmt die Schilderung von Richarz ganz gut zu dem Zustandsbild der agitirten Depression. Der handgreiflichste Unterschied dieser Form von der Involutionsmelancholie ergibt sich beim vollständigen Ueberblick über die Krankheitsanfälle in der ganzen Lebenszeit der Patienten. Die Involutionsmelancholie ist eine Krankheit des vorgerückteren Alters, des Praeseniums, während die agitirte Depression sich in jedem Lebensabschnitt, von der Pubertät an, einstellen kann, die Neigung hat, periodisch aufzutreten und mit rein manischen oder gehemmt-depressiven Zuständen oder auch mit anderen Mischformen zu wechseln, sei es in verschiedenen Anfällen, sei es in demselben. Eine differential-diagnostische Aufgabe ist es aber, auch schon aus dem Zustandsbild die agitirte Depression, selbst wenn sie einen ganzen Anfall ausfüllt, zu unterscheiden von der Involutionsmelancholie in ihrer erregten Form. Werthvoll ist hierfür der Nachweis von Ideenflucht oder Denkhemmung, der jedoch keineswegs immer gelingt, da diese Symptome erst sekundär aus den Aeusserungen erschlossen werden müssen und oft im einzelnen Fall nicht festzustellen sind. Ein wesentliches und wichtiges Symptom ist jedoch die Ablenkbarkeit. Wohl wenden sich die Melancholiker auch mit ihren Klagen und Bitten an den Arzt, aber die Gesammtheit ihrer Umgebung ist ihnen ziemlich gleichgiltig, da sie viel zu intensiv mit ihrem eigenen Affekt beschäftigt sind. Im Gegensatz besonders auch zu den stuporös-deprimirten Kranken leiden Melan-

choliker verhältnismässig wenig unter dem Lärm der Abtheilung und werden nicht durch irgend welche Vorgänge um sie herum in heftigere Erregung versetzt. Die zirkulären Kranken mit erregter Depression jedoch knüpfen an Personen und Vorgänge in der Umgebung an, sie exemplifiziren darauf, sie leiden unter stürmischen Szenen ihrer Nachbarn, sie werden in erregter Umgebung immer unruhiger. Eingeworfene Zwischenfragen beantworten sie, vorgezeigte Gegenstände berühren sie in ihrem Redefluss. Die Erregung trägt einen reaktiven Grundzug. Deshalb sind therapeutisch bei ihnen Separation und warme Dauerbäder weit eher angebracht als bei den Involutionsmelancholikern.

Andere differential-diagnostische Gesichtspunkte als die Unterscheidung von der Melancholie kommen bei der agitirten Depression weniger in Betracht. Höchstens kann bei einem Zusammenwirken von stärkerer Erregung und Denkhemmung einmal ein Bild zu Tage treten, das an katatonische Kranken erinnert; die Untersuchung muss hier besonderen Nachdruck auf die Abhängigkeit von den Eindrücken aus der Umgebung, die Ablenkbarkeit, die tiefer greifende Gemüthsbewegung legen im Gegensatz zu der Einförmigkeit, Manirirtheit und Unbeeinflussbarkeit des Katatonikers. Schliesslich können Erschöpfungszustände oder paralytische Erregung in Frage kommen. Auch ihnen gegenüber ist, ausser dem Ergebnis der körperlichen Untersuchung nebst der ätioligischen Feststellung, immer die Ablenkbarkeit und die Steigerungsfähigkeit, sowie die Frische und Natürlichkeit der depressiven Erregung des Zirkulären zu betonen.

Wenn die praktische, prognostische Seite dieser Auffassung auch nicht an die Bedeutung des manischen Stupors heranreicht, so kann doch gegenüber der bei Kranken vorgeschrittenen Alters am ehesten möglichen Fehldiagnose einer Involutionsmelancholie mit ihrem langwierigen Verlauf und der wenigstens in einem grossen Bruchtheil der Fälle erfolgenden Verblödung immerhin darauf Nachdruck gelegt werden, dass die agitirte Depression des zirkulären Irreseins eine durchaus günstige Prognose für den einzelnen Anfall darbietet und dass der Verlauf, wenn schon eine jahrelange Dauer nicht ausgeschlossen ist, doch auch ein ungemein rascher, nur auf Wochen sich erstreckender sein kann. Es finden sich unter den dieser Darstellung zu Grunde liegenden Fällen immerhin eine ganze Anzahl, die nach

mehrwöchiger Krankheitsdauer bereits in Genesung überführten; bei anderen hingegen handelte es sich um Jahr und Tag, so z. B. in dem weiter oben skizzirten Fall M. U., der neben mannichfachen anderen Symptommischungen vorzugsweise die agitirte Depression im häufigen Wechsel mit dem gewöhnlichen manischen Zustand aufwies.

Ein paar Fälle, in denen der Mischzustand einer agitirten Depression dauernd im Vordergrund stand, seien nunmehr in kurzen Zügen geschildert.

I. S., Händler und Schiffer, ist geboren Ende 1850; er zeigte sich körperlich und geistig gut beanlagt; mit 27 Jahren infizirte er sich an Lues und Gonorrhöe. Eine Tochter von ihm erkrankte an Dementia praecox. Im Jahr 1891 ist er psychisch erkrankt im Anschluss an einen Sturz ins Wasser. Während des 7wöchigen Anstaltsaufenthalts war er schwer tobsüchtig, mit Zerstörungssucht, Nahrungsverweigerung, Grössenideen. 1896 erkrankte er wieder nach einem Sturz ins Wasser an einer schweren Tobsucht, die ihn auf 4 Wochen in die Klinik führte. Bei guter Orientirung war er ausserordentlich stark motorisch erregt, gewaltthätig, zerstörungssüchtig; Rededrang, Ideenflucht, Reimsucht, dabei sinnlose Grössenideen; vorübergehend Angst und Gehörstäuschungen; einmal kroch Patient in das Abtrittsloch. Patient wurde wieder geheilt entlassen. Anfang 1898 wurde er bei der Beerdigung seiner Tochter tobsüchtig, bedrohte den Kaplan mit dem Messer, entkleidete sich, verweigerte die Nahrung und hatte deutlich gehobene Stimmung. Mit vielen Kontusionen am Körper wurde er in die Irrenklinik gebracht, wo er im Ganzen besonnen war, lebhafte psychomotorische Erregung und Rededrang, dazu gehobene Stimmung zeigte. Er glaubte, seine Schwester spräche zu ihm; er zerschlug Fensterscheiben, riss sich die Kleider vom Leibe, wollte nichts essen u. s. w. Deutlich war die Ideenflucht; er knüpfte an alle Anregungen an und spann sie weiter. Am 4. Tag war die gehobene Stimmung verflogen, während unter fortdauernder Erregung Patient vielfach kleinmüthige Aeusserungen vorbrachte; man solle ihn z. B. nicht mehr „Herr S.“ anreden, er sei ja ein einfacher Arbeiter. Die Ideenflucht dauerte noch an: „Sind Sie nicht der deutsche Kaiser? Na, dann seh' ich noch nicht recht, oder sind Sie der Herr Professor oder der Kaiser Wilhelm II.?

Ja, da weiss ich nicht, was ich sagen soll; wenn man die Herren nicht kennt, wird man halt irr. Ich hab' also den Gedanken, wir sollten ein einiges Deutschland haben, keinen Zoll mehr und so weiter. So hab' ich so Sachen im Kopf, ich weiss nicht, wie ich da drauf komme; nimmer so viel Militär, nimmer so viel Geld zu zahlen brauchen, einen kernhaften Mittelstand im deutschen Reich, dass die armen Leute zufrieden wären." Gehörstäuschungen kamen noch vor; deutlich war das Krankheitsgefühl; mehrfach sagte Patient, dass er noch nicht klar im Kopf sei. Er fürchtete, man würde ihn irgendwie in Strafe nehmen; er hätte aber doch nichts gethan. Die Stimmen spotteten über ihn und sagten, man solle ihn umbringen. Schon mit 14 Tagen verhielt sich Patient recht ruhig; er machte noch ein Erysipel durch und konnte dann nach 5wöchigem Aufenthalt geheilt entlassen werden. Körperlich war nichts Abnormes zu finden.

In diesem Falle ist nach kurzem, rein manischem Eingangsstadium der Mischzustand einer Erregung mit depressivem Affekt aufgetreten. Wie die früheren, reineren Anfälle des Patienten, endete auch dieser nach ausserordentlich raschem Verlauf in Heilung. III. 1899 erkrankte er wieder an Manie, ohne äussern Anlass, doch genas er schon nach 14 Tagen.

Frau J. B.* war erblich nicht belastet, gut beanlagt, immer körperlich gesund. Ende 1878 erkrankte sie an ihrem Hochzeitstag mit trauriger Verstimmung und kam auf 10 Wochen in die Anstalt Illenau, wo die Krankheit als „Melancholia activa" aufgefasst wurde. Pat. jammerte, schrie, that ganz verzweifelt und verweigerte die Nahrungsaufnahme; ihre Erregung war so stark, dass man ihr einen angekommenen Brief nicht aushändigen konnte. Doch stellte sich bald Beruhigung ein, während erst 3 Monate nach der Entlassung vollständige Genesung eintrat. Zu Haus war sie immer gesund und fleissig, gebar 7 Kinder, bemühte sich um deren Erziehung und versah die Haushaltung. Seit Anfang Mai 1898 war sie wieder aufgeregt, erhob Selbstvorwürfe, machte sich Sorgen über geringfügige Sachen oder auch über eingebildete Dinge; alles habe sie nicht richtig gemacht; böse Leute hätten es ihr angethan. Sie weinte viel und bekümmerte sich nicht mehr recht um den Haushalt. Dazwischen lachte sie manchmal auffallend. Den Kindern, die sich vor dem aufgeregten, mürrischen Wesen ihrer Mutter fürchteten, machte sie ungerechte Vorwürfe; schliesslich soll sie die Kinder mit

einem offenen Messer bedroht haben. Körperlich kam sie herunter; Appetit und Schlaf waren mangelhaft. In der Klinik war sie besonnen, geordnet, über Ort, Zeit und Personen der Umgebung vollkommen orientirt. Sinnestäuschungen waren nicht nachzuweisen. Sie war fast durchweg lebhaft deprimirt und jammerte über ihre Unterbringung in der Anstalt. Vorzugsweise gab sie an, als Israelitin über den Aufenthalt in einem christlichen Haus klagen zu müssen. Oft verweigerte sie die Nahrungsaufnahme und verlangte rituelles Essen. Ihre Erregung gab sich in motorischer Unruhe und einem lebhaften Rededrang kund; unverkennbar war die Steigerung, sobald man sich mit der Patientin näher befasste. Wenn man sie zum tieferen Eingehen auf Fragen veranlassen konnte, gelang es, eine vollkommene intellektuelle Leistungsfähigkeit festzustellen; sie rechnete Aufgaben wie 13×17 oder 21×27 oder 14×23 sehr rasch und richtig aus. Gewöhnlich trug sie in fliessendem Redestrom, manchmal von Thränen und Schluchzen unterbrochen, ihre vielfältigen Klagen vor, die meist wieder darauf zurückkamen, dass sie zu Unrecht hier sei. Sie könne nicht da bleiben, sie sei ja ganz gesund; ihren Kindern müsse das nachtheilig sein, wenn der Aufenthalt der Mutter in der Anstalt bekannt würde; man solle ihr wenigstens ein Gebetbuch beschaffen; Arzneien brauche sie nicht. Sie schrieb einen langen Brief, der wohl etwas flüchtig, aber doch im übrigen ganz korrekt ist und von Anfang bis zu Ende ähnliche Klagen vorbringt: „. . . und dann ist mein Erwachen ein trauriges. Weine ich Thränen des Schmerzes, die ich zu weinen habe, dann wird es hier nicht geglaubt, da alle hier weinen, so nimmt man an, dass es auch Thränen sind, die ohne Verständniss geweint werden. O, wie blutet mein Mutterherz, wenn ich an Euch, jetzt durch mich so unglückliche Kinder denke. Und Du, unser lieber, guter Papa, o, ich vergehe, wenn ich an Dich, mein theurer, lieber Mann denke. Du schwebst mir immer vor Augen, o komm und nimm mich mit, dass wir wieder beisammen sind . . . u. s. w.“ Allmählich konnte man beobachten, dass sie bei ihren Reden gelegentlich eine lächelnde Miene zur Schau trug. Mit einer gewissen Selbstgefälligkeit sprach sie von den „gerechten Thränen“, die sie weine. Während die Erregung abklang, neigte sich der Affekt ab und zu ein wenig einer gehobenen Stimmung zu, bevor wieder die gemüthliche Gleichgewichtslage eintrat. Körperlich war nie etwas

Abnormes festzustellen. Nach einem nur 10tägigen Anstaltsaufenthalt wurde Frau B. nach Hause entlassen, wo sie alsbald gesund wurde. In der beigegebenen Kurventafel bezieht sich die XIV. auf sie.

Das Bemerkenswerthe dieses Falles liegt besonders darin, dass die beiden im Lauf des Lebens beobachteten Erkrankungen gleichmässig den Charakter einer depressiven Erregung trugen. Die Angaben über den letzten Anfall lassen auch deutliche Ideenflucht erkennen.

Frau M. E. Z. ist geboren 1833. Ein Onkel und ein Geschwisterkind sind geisteskrank. In der Jugend war sie gesund; sie beschäftigte sich mit Haus- und Feldarbeit. Sie heirathete 1856. Die Ehe blieb kinderlos. Schon gleich nach der Hochzeit war sie einige Wochen kopfkrank. Allmählich wurde sie traurig, alles war ihr „missleidig", sie konnte nicht mehr arbeiten und dachte an Selbstmord; langsam trat Heilung ein Seitdem kehrten alljährlich derartige Depressionszustände wieder, immer 4 bis 6 Wochen dauernd, während sie in der Zwischenzeit gesund war. Auffallend heitere Zeiten wurden nie beobachtet. In den letzten Jahren sollen dreimal ohnmachtsartige Anfälle vorgekommen sein. 1896 wurde die traurige Verstimmung so stark, dass eine Ueberführung in die Klinik nothwendig war. Patientin zeigte einen deprimirten, unbeweglichen Ausdruck und gebeugte Haltung. Die Auffassung war gut, die Orientirung anfänglich mangelhaft. Deutlich liess sich psychomotorische Hemmung nachweisen, die sich in den langsamen Bewegungen, sowie im leisen, zögernden Sprechen ausdrückte. Zum Zählen von 1 bis 20 brauchte sie 15 Sekunden; sie sagte selbst dazu: „Ich kann nicht schneller". Kleine Aufgaben rechnete sie langsam, aber richtig; etwaige Fehler verbesserte sie selbst. Häufig äusserte sie Versündigungsideen, sie habe „letz geschafft", die Welt vergiftet u. s. w., oder auch wahnhafte Umdeutungen: der Arzt sei einer von denen, die die Menschen umbringen; ihr Mann sei wohl schon hingerichtet; Babel sei verbrannt. Die Depression war so intensiv, dass auf geraume Zeit strenge Nahrungsverweigerung bestand und Sondenfütterung vorgenommen werden musste. Vorübergehend äusserte sich der depressive Affekt auch in erregten zornigen Ausbrüchen, Schimpfen und Schlagen. Nach noch nicht 6 Wochen war eine Beruhigung, gleichmässige freundliche Stimmung und Krankheitseinsicht eingetreten, sodass Patientin nach Hause entlassen werden konnte.

Sie war seit dem im Ganzen gesund, nur etwas schwerbesinnlich, bis sie im Sommer 1898 wegen Varicen das Bett hüten musste und im Anschluss an eine starke variköse Blutung sich wieder eine ähnliche Depression einstellte wie in früheren Jahren. Patientin glaubte, es lange nicht mehr, sie sei der Teufel, sie hätte ins Wasser springen sollen; Appetit und Schlaf waren mangelhaft. Ende IX. 1898 wurde sie wieder in die Klinik aufgenommen. Sie fasste gut auf, war besonnen, geordnet, orientirt, doch etwas schwer besinnlich; immerhin gab sie ganz gut Auskunft über Einzelheiten ihres vorigen Aufenthalts. Psychomotorisch war sie bei der Aufnahme recht langsam, alsbald aber trat Erregung ein, die Kranke redete fortwährend, schrie laut, sprang aus dem Bett und wendete sich an die Personen ihrer Umgebung, um ihre Klagen vorzubringen. Der depressive Affekt war lebhaft, dabei produzirte sie viele wahnhafte Umdeutungen. Der Teufel springe draussen im Garten herum, die Menschen seien verändert, auch die Hühner seien anders, so flatterig; sie komme hinein ins tiefe Eismeer, sie habe den Apfel im Paradies vergiftet, den schönen Rosengarten vergiftet, die ganze Erde vergiftet, kein Mensch bleibe mehr übrig. Sie schlug sich selbst und verweigerte alsbald die Nahrung mit grosser Hartnäckigkeit, so dass Monate lang Sondenfütterung vorgenommen werden musste. Ihre Reden zeigten stark depressive Färbung und schweiften rasch von einem zum andern, so dass nicht selten Ideenflucht zu Tage trat. Folgendes Stenogramm wurde u. a. aufgenommen: „Jetzt habe ich gar nichts mehr, ach Gott, ich hab' die ganze Welt vergiftet, die ganze weite Erde, ja, das hab' ich gethan. Ja warum henken sie mich denn nicht da hinunter, wo die Sau hin ist. Da unten hängt sie ja. Die Eva (Anspielung auf ihren Vornamen) hat die Erde vergiftet, die Eva hat den Adam vergiftet, ich weiss nimmer wie, ich werde zu Lehm gemacht, Lehm, Lehm wird gemacht und Ziegel, Lehm und Ziegel, Glas haben Sie gesagt, Glas, da ist die Glasthür', ich hab' daheim und gar nichts mehr, gar nichts mehr anzuthun, ich hab' die Erde vergiftet, ich hab' die ganze Welt vergiftet, ich werde jetzt da hinunter gehängt, nicht für ein Schwein mehr. Ja, ich habe den schönen Rosengarten verbrannt, jetzt wird Ziegel von mir gemacht, weil ich so schlecht gewesen bin, weil ich Gott verleugnet habe, deswegen werd' ich verbrannt, muss ewig brennen da unten, da ist der Lehm. Silber und Gold, ihr habt's,

alle Bäume sind verbrannt, ich hab' den Lehm schon gesehen, ich seh' ihn ja da. Lehm wird aus mir gemacht. Silber und Gold habt ihr und aus mir wird Lehm gemacht. Jetzt muss ich da hinten, zu unterst, zu oberst werd' ich hineingehängt, für eine Sau werd' ich hinan gehängt. Silber und Gold habt Ihr, Silber und Gold, Silber und Gold haben Sie." Sie raufte sich die Haare. Auf die Frage, ob sie den Arzt kenne, fuhr sie fort: „Nein, auch ein böser Mensch sind Sie, auch kein guter, wie ich einer bin. Silber und Gold, Silber und Gold, Silber und Gold, gelt, so hab' ich's gebracht, so weit hab' ich's gebracht. Silber und Gold. Menschen bringt ihr um und ich bin schuld daran, so weit hab' ich's gebracht. Sie haben mich ganz vergiftet. Da oben hängt der Satan. Sie sind's auch. Ja Sie sind's. Sie haben mich durch und durch vergiftet, ihr auch. Und ich bin auch bös gewesen, ich bin auch schlecht gewesen. Sie haben Silber und Gold, Silber und Gold. Grad Sie bleiben da und ich hab' Gottes nicht recht geglaubt. Gebetet hab' ich auch nicht viel. Der Adam hat die Erde vergiftet. Der Adam muss brennen. Der Adam muss ewig darin bleiben. Da liegt er." Sie deutete dabei auf sich selbst; dem Einwand, sie sei doch Frau Ziegler, entgegnete sie: „Ja, das ist eine schöne Ziegler! Der Adam hat die Erde vergiftet, der Adam muss brennen, ja, ich bin schlechter wie der Satan, der ist da draussen herumgesprungen, jetzt ist er wieder da drin, der Satan kriegt Dreck gefüttert und Lehm, gelt das ist die Krone da oben, die hab' ich da draus gesehen, die Krone. Da drauss' seh ich die Dornenkrone. Stroh ist's. Auf der Sau hängt Stroh. Das ist Stroh, wo auf die Sau gehängt wird. Da unten hängt's. Ich bin der Satan. Sie haben mich noch zum Satan gemacht. So werd' ich hinangehängt. Der Satan hat die Erde vergiftet. Der Satan hängt da." In diesem Redestrom tritt ebensowohl die Ideenflucht, die Neigung zu Reihenbildung und Wortspiel (mit ihrem Namen) hervor, wie auch manche Zeichen einer gewissen Denkerschwerung, vor Allem die Wiederholung mancher Ausdrücke und das gelegentliche Haften an demselben Vorstellungskreis. Gelegentlich war die eigenartige Verknüpfung von Rededrang und Denkhemmung so intensiv, dass Patientin stundenlang denselben Ausdruck wiederholte: „Die Ziegelsau . . ." oder „Erde vergiftet, Erde vergiftet", wodurch Verbigeration vorgetäuscht werden konnte. Deutlich bestand optische und akustische Ablenk-

barkeit. An allerlei, was ihr zugerufen oder vorgezeigt wurde; knüpfte sie an. Als ein Schlüssel vorgehalten wurde, bezeichnete sie ihn als den Schlüssel ins Himmelreich, das ihr verschlossen wäre. Oft reagirte sie auf ganz beiläufige Bemerkungen, die in ihrer Nähe fielen und gar nicht auf sie gemünzt waren. Allmählich wurde sie etwas ruhiger, etwa von der 10. Woche ab; sie begann, ihre wahnhaften Aeusserungen zu mildern und zu korrigiren. Auf die Frage, ob sie wirklich die Erde vergiftet habe, sagte sie: „Gewiss kann ich's nicht sagen. Kann das ein Mensch vergiften? Gelogen muss ich doch haben. Kann ich denn über Gott?" Sie verlangte nunmehr nach Hause, empfing ihren Mann, der zu Besuch kam, ganz freundlich und ass gelegentlich auch wieder etwas. Nach und nach wurde sie immer stiller, sprach freundlich mit der Umgebung und zeigte sich noch deutlich ablenkbar. Die Sprache wurde leise und zögernd; keinen Redefluss brachte sie mehr zu Stande. Zum Zählen von 1 bis 20 gebrauchte sie 9, ein paar Tage später 17 Sekunden; die Monatsnamen konnte sie nicht aufzählen, ohne sich durch Seufzen und Besinnen zu unterbrechen, so dass es schliesslich 33 Sekunden dauerte. Die Bewegungen wurden langsam und ersichtlich gehemmt. Immer mehr trat die Schwerbesinnlichkeit in den Vordergrund. Es kostete jetzt grosse Mühe, bis die Patientin Auskunft über ihren vorigen Anstaltsaufenthalt gab, von dem sie in der Anfangszeit ziemlich viel zu erzählen wusste. Während so auf psychomotorischem und assoziativem Gebiet sich ein weitreichender Umschwung von der Erregung zur Hemmung vollzog, verharrte die depressive Stimmung. Standhaft verweigerte Frau Z. die Nahrungsaufnahme, ja manchmal gab sie auch an, sie wolle nur heim, um dort eher verhungern zu können. Besonders jammerte sie, wenn bei den täglichen Wägungen eine Zunahme festgestellt wurde. Die Intensität der Erscheinungen ist zur Zeit in weiterem Abnehmen begriffen, so dass nunmehr unter der Auffassung des Falls als einer dem zirkulären oder manisch-depressiven Irresein angehörenden Erkrankung, bei der zunächst der Mischzustand der agitirten Depression das Bild beherrschte, während später zeitweise der Stupor an die Stelle der psychomotorischen Erregung trat, doch für die schon 65jährige Frau eine vollständige Heilung in Aussicht steht. Beachtenswerth ist auch, wie bei den verschiedenen motorischen Zuständen dieses und des vorigen Anfalls der Affekt stets dieselbe depressive

Färbung oft unter Wiederholung der gleichen Ausdrücke vom Weltvergiften u. s. f. behielt.

Im Anschluss an die Schilderung der beiden manisch-depressiven Mischzustände des manischen Stupors und der agitirten Depression, deren Aufstellung neben theoretischem Interesse auch eine weitreichende praktische Bedeutung beanspruchen darf, ist es schliesslich vielleicht noch erlaubt, eine Erscheinungsweise der Manie zu erwähnen, deren Deutung, wenn sie auch gewöhnlich keinen diagnostischen Schwierigkeiten begegnet, grade unter dem Gesichtspunkt der Mischzustände besonders klar wird. Es handelt sich um die sogenannte unproduktive Form der Manie.

Es giebt manische Patienten, die leicht den Eindruck eines gewissen Schwachsinns machen. Sie zeigen wohl die gehobene Stimmung, heiteren Gesichtsausdruck, sowie Bewegungs- und Thatendrang; sie treiben sich unruhig in der Abtheilung umher, verüben allerlei Unfug, drängen sich erotisch an andere Patienten oder an den Arzt heran und sind besonders auf Anregung von aussen her oft explosibel, laut und unruhig. Doch tragen alle ihre Aeusserungen den Stempel einer gewissen Eintönigkeit und Schwäche; was diese Kranken sagen, macht nicht den schnippigen, geweckten Eindruck wie beim gewöhnlichen Maniacus, sondern es klingt absurd und läppisch. Solchen Patienten wird vielfach in Bezug auf intellektuelle Wiedergenesung eine zweifelhafte oder ungünstige Prognose gestellt, bis sie schliesslich in angenehmer Weise enttäuschen, indem sie, sobald nur Beruhigung eintritt, sich auch wieder im Vollbesitz ihres Urtheils erweisen. Es handelt sich bei dieser Erscheinungsart der Manie um einen Ersatz der gewöhnlich vorhandenen Ideenflucht durch deren gegensätzliches Symptom, eine Erschwerung der assoziativen Vorgänge, eine Denkstörung oder Denkhemmung. Die Kranken sind schwerbesinnlich; es dauert lang, bis ihnen ein Name einfällt, den sie früher sofort bei der Hand hatten. Die Orientirung macht ihnen Mühe. Die Lösung kleiner Rechenaufgaben erfordert recht lange Zeit; oft werden dabei Fehler gemacht, die die Kranken manchmal selbst bemerken und verbessern. Vielfach sitzen die Patienten stundenlang ruhig da und sprechen vor sich hin. Es kostet eine gewisse Anstrengung, bis sich die Kranken zum Schreiben eines Briefes entschliessen; der Inhalt des Geschriebenen ist recht dürftig und eintönig.

Häufig wiederholen sie dieselben Redewendungen. Ihre scherzhaften Aeusserungen, die sie oft mit strahlender Miene vortragen, als ob etwas besonders Witziges zu erwarten sei, sind ungemein fad und pointenschwach. Ablenkbarkeit ist in der Regel vorhanden, wenn auch nicht so offenkundig wie bei der Manie mit Ideenflucht. Leicht nachweisbar ist meist die Erregbarkeit, die vielleicht noch mehr in die Augen fällt als bei den Schulfällen von Manie: die Unproduktiv-manischen, die für gewöhnlich, auch wenn sie unruhig sind, bei weitem nicht den abwechslungsreichen Thatendrang und die flotte, sprudelnde Vielgeschäftigkeit des gewöhnlichen Maniacus aufweisen, folgen um so rascher dem Anstoss zur Erregung, der von aussen an sie herantritt; die Erregungssteigerung tritt daher jäher in die Erscheinung.

Am häufigsten kommt der Mischzustand einer gehobenen Stimmung, psychomotorischen Erregung und Denkhemmung zur Beobachtung, wenn eine Manie sich anschickt, in die stuporöse Depression überzugehen. Es handelt sich im wesentlichen um dasselbe Bild, das von manchen Autoren als Moria oder von Mendel in seinem Buch über „Die Manie“ *) als Stadium decrementi bezeichnet wird. So gut wie jeder andere Mischzustand kann aber auch diese unproduktive Manie auf Wochen und länger hinaus andauern und schliesslich auch ab und zu ohne Vorbereitung durch ein reines, flottes manisches Stadium losbrechen, so dass dann ein ganzer Anfall jenen eigenartigen Charakter trägt. Vorzugsweise spätere Anfälle sind es, bei denen an Stelle der Ideenflucht die Denkerschwerung auftritt. Die Prognose des einzelnen Anfalls ist gerade so günstig wie bei jedem Schulfall von Manie. Nicht zu verwechseln ist das Bild mit jenen Zuständen einer gewissen gemüthlichen Schwäche und Labilität, welche bei besonders schweren Fällen zirkulären Irreseins mit rasch aufeinanderfolgenden Attaken manchmal in den kurzen Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Anfällen zurückbleiben. Differentialdiagnostisch kommen sonst nur noch Erregungszustände der Dementia praecox mit heiterem Affekt in Betracht. Hierbei ist Gewicht zu legen auf die Frische und Natürlichkeit, die dem Bild der Manie auch bei aller Unproduktivität anhaftet, gegenüber der Manirirtheit und Schrullenhaftigkeit des Katatonikers; ferner ist die Erregbarkeit des manischen Kranken von Bedeutung, während die Katatoniker stereotyp und

*) Wien und Leipzig, 1881, S. 21 f.

gleichgiltig oder noch eher negativistisch gegenüber der Umgebung sind. Jene Form als unproduktive Manie unter dem Gesichtspunkt des Mischzustands aufzufassen, hat seine Hauptbedeutung in der Prognose, die wir trotz des scheinbaren Intelligenzdefekts, der vollster Rückbildung fähig ist, da es sich um nichts weiter als den Ausdruck einer Denkhemmung handelt, durchaus günstig stellen können.

Rein theoretisch betrachtet ist die hier geschilderte Mischform der unproduktiven Manie mit gehobener Stimmung, psychomotorischer Erregung und Denkhemmung das Spiegelbild von anderen Mischzuständen wie der weiter oben unter W. W. geschilderte Fall, bei denen sich Hemmung und Depression in Verbindung mit Ideenflucht findet. Letztere Form hat geringere praktische Wichtigkeit, da sie seltener vorkommt und vor allem in der Dauer eines ganzen Anfalls wohl kaum zur Beachtung gelangt.

Ein paar klinische Beispiele, bei denen der Anfall durchaus vom Bild der unproduktiven Manie beherrscht war, sollen zur Veranschaulichung kurz vorgeführt werden.

U. A., Kaufmann, ist geboren 1868; eine Cousine der Mutter ist periodisch geisteskrank. In der Kindheit war Patient ohrenleidend. 1893 war er nach einer Aufhebung seiner Verlobung auffallend still, dann etwa 14 Tage manisch. Nach 5 Monaten gesunder Zwischenzeit war er wieder erregt, läppisch, sprach vom heiligen Geist, hielt grosse Reden, machte sich auffällig. Er schrieb viele Briefe, verfasste eine Eingabe an den Landtag, legte langathmige Vorschläge zur Lösung der sozialen Frage nieder u. s. w. Es bestand lebhafte Ideenflucht. Nach 3 Wochen Anstaltsbehandlung wurde er geheilt entlassen. 1895 heirathete er; von den 2 Kindern aus dieser Ehe ist eins gestorben. Anfang Mai 1898 fing Herr A. an zu trinken, ward gewaltthätig, trieb allerhand Scherz und Unfug, bis er Ende Juli in die Irrenklinik gebracht wurde. Er war besonnen, geordnet, orientirt. Seine Stimmung war durchaus gehoben. Das Mienenspiel war ausserordentlich lebhaft und zeigte durchweg heiteren Ausdruck. Fortwährend bestand motorische Erregung. An der Schriftwage liess sich Erhöhung und beträchtliches Schwanken des Drucks nachweisen. Patient wollte nicht im Bett bleiben, lief den Aerzten durch die Abtheilung nach und versuchte in einem fort lange Gespräche anzuknüpfen. Seine Aeusserungen waren witzelnd, aber recht absurd und läppisch.

Er behauptete, sein Vater hätte ihn bemogelt und in die Irrenanstalt gebracht; er sei doch selbständig, habe gezeigt, was er könne, und habe klaren Wein eingeschenkt; er habe nachgewiesen, was recht sei. Derartige Redensarten wiederholte er in vielerlei Variationen. Wenn man mit ihm diskutirte, erwiesen sich seine Antworten als recht stumpf. Nichts von der Schlagfertigkeit des gewöhnlichen Maniacus war zu finden, vielmehr wurden immer dieselben Wendungen wieder vorgebracht; auf die meisten Fragen antwortete er überhaupt nur mit ja oder nein. Dabei war er etwas unbesinnlich, wusste das Alter seiner Frau nicht anzugeben und von seinem vorigen Aufenthalt in der Klinik fiel ihm nichts Rechtes mehr ein. Bei aller Unruhe und Unstetigkeit kam er doch nicht dazu, für seinen Thatendrang geeignete Objekte aufzufinden. So pointenlos und albern seine Spässe und Redereien waren, so unproduktiv war sein Handeln. Die Erschwerung auf dem Gebiet der assoziativen Vorgänge war unverkennbar, wenn auch vereinzelte Anzeichen von Ideenflucht dazwischen auftraten. Am Ende des Anstaltsaufenthalts schlug die Stimmung manchmal in Depression um. Schon nach 11 Tagen wurde Herr A. in Heilung entlassen.

A. R., geboren 1879, erblich nicht belastet, körperlich und geistig gut beanlagt, seit den letzten Jahren bleichsüchtig, kam Anfang Juli 1897 in die Irrenklinik. Sie war draussen seit Wochen reizbar, wollte fortlaufen, redete viel durcheinander, äusserte Grössenideen, behauptete, Gott gesehen und die Engel gehört zu haben, verweigerte die Nahrung, sprach gelegentlich vom Selbstmord und wurde gewaltthätig. In der Anstalt war sie geordnet, besonnen, orientirt. Sie gab die Sinnestäuschungen zu. Sie erzählte, dass sie vor $^3/_4$ Jahr schon einige Zeit traurig gewesen sei, Alles habe „vor ihr gestanden wie ein Berg.“ Jetzt zeigte Patientin durchaus heiteren Affekt, Neigung zu Scherzen und etwas Erotie. Sie war motorisch leicht erregt, wollte tanzen, hatte Rededrang, erzählte weitschweifig unter Ideenflucht und Ablenkbarkeit. Sie rechnete sehr flott, doch liefen vereinzelt kleine Fehler unter. Sehr deutlich war die Erregbarkeit. Patientin produzirte ungemein zahlreiche Schriftstücke, Briefe, lange theoretische Auseinandersetzungen über ihren Zustand, über den Kaiser, die Religion, die Sozialdemokratie u. dgl. und dichtete viele Verse, alles wohl ideenflüchtig und oberflächlich, doch immerhin so, dass ein

gewisser Sinn diesen Produkten nicht abgesprochen werden konnte. So z. B. dichtete sie über das Thema „Geld“:

„Was ist so rar in uns'rer Welt?
Ja rar, weil wenig, ist das Geld.
Doch oft dem Geld man sich gefällt,
Weil Geld das Gold vor Augen stellt.
Gold ist es, das im Glanz behellt,
Gold ist's, das Kron' und Szepter fällt,
Aus Gold viel Menschenleiden quellt . . . .“

Anfang September jedoch konnte Patientin, nachdem für ein paar Tage neben einer gewissen Unbesinnlichkeit eine leichte Depression an den Tag getreten war, vollständig genesen entlassen werden.

Juni 1898 brach wieder Erregung los, Patientin sang, spielte viel Klavier, war ausserordentlich heiter. Anfang Juli musste sie abermals in die Klinik überführt werden. Sie zeigte sich geordnet, besonnen, orientirt. Die Stimmung war durchaus gehoben und erotisch; die Kranke wollte immerzu andere Patientinnen küssen und umarmen. Das Mienenspiel war lebhaft; es bestand leichte Erregung und Rededrang; tagelang wurde gesungen. Ausserordentlich gross war die Ablenkbarkeit: in alles, was um sie herum vorging, schwätzte Patientin hinein. Anfänglich verstand sie über ihren vorigen Anstaltsaufenthalt noch gut Auskunft zu geben, nannte die Namen der damaligen Aerzte und Wärterinnen u. s. w. Bald aber zeigte sich Schwerbesinnlichkeit. Die Lösung von Rechenaufgaben erforderte langes Ueberlegen; oft konnte Patientin nicht einmal die Namen ihrer Geschwister aufzählen; sie redete läppisch, antwortete häufig nur mit ja oder nein, begann Sätze, in denen sie stecken blieb, und liess sich nicht selten zwei-, dreimal fragen, ehe sie Auskunft gab. Wohl mengte sie sich noch in Alles hinein, aber ihre Bemerkungen waren jetzt nichtssagend und inhaltslos, ganz verschieden von ihren früheren treffenden Zwischenrufen. Ihre Briefe waren nunmehr ganz kurz und inhaltsarm. Zwar fing sie auch jetzt wieder an zu dichten, aber sie musste sich gewöhnlich eine Anregung dazu oder ein besonderes Thema geben lassen, ehe sie etwas zu Wege brachte. Ihre Verse waren jetzt entschieden weit schwächer als vor einem Jahre: durchweg war es nur noch ganz leeres Wortgeklingel. Aufgefordert, den Herbst zu besingen, reimte sie:

„Herbst — werbst — gerbst
Ohn' alle Zier
Zeig' ich dir
Christi Behüter
Sind meine Güter,
Doktor musst haben,
All' Gottes Gaben."

Zur Beschäftigung mit Stricken u. dgl. war sie selten zu bringen. Sie blätterte viel in illustrirten Zeitschriften, doch vermochte sie nicht, das Gesehene oder Gelesene richtig aufzufassen. Das ganze Auftreten mit dem unfreien Benehmen, dem unsteten Hin- und Hergehen auf der Abtheilung, dem plötzlichen Lachen, den zusammenhangslosen Aeusserungen machte einen entschieden schwachsinnigen Eindruck, völlig verschieden von dem Bild der ideenflüchtigen, produktiven Manie vor einem Jahr. Nur die Frische ihres heiteren Gesichtsausdrucks, die Natürlichkeit ihrer Bewegungen, denen nichts manirirtes anhaftete, und die grosse Ablenkbarkeit und Erregbarkeit äusseren Eindrücken gegenüber unterschied die Patientin in diesem Zustand von manchen katatonischen Kranken im späteren Verlauf ihres Leidens, wo sich mit geringer Erregung und leicht heiterer Stimmung Gleichgiltigkeit gegen die Umgebung und Manirirtheit und Absonderlichkeit in ihren Bewegungen und ihrem Handeln verbindet. A. R. konnte nach fast 4 monatlicher Krankheitsdauer vollständig geheilt entlassen werden. Auch bei ihr können wir sehen, wie auf einen früheren klassischen Anfall von Manie späterhin ein Anfall nachfolgte vom Charakter eines Mischzustandes, einer unproduktiven Manie, in der neben psychomotorischer Erregung und gehobener Stimmung als 3. Kardinalsymptom die Denkerschwerung statt der Ideenflucht im Vordergrund stand, so dass auf den ersten Blick das Bild den Eindruck eines gewissen Schwachsinns machte, wodurch man sich zu einer ungünstigen Prognose hätte verleitet fühlen können.

Ein besonders anschaulicher Fall von unproduktiver Manie ist noch folgender:

H. M., geboren 1876, deren Vater vor 20 Jahren einmal einen viermonatlichen Erregungszustand durchgemacht hat, gut beanlagt, zeigte mit 17 Jahren regelmässigen Stimmungswechsel. 12 Tage war sie auffallend ruhig, ass und schlief nicht, weinte viel und meinte, es

wäre jemand gestorben. Am Abend des 12. Tags wurde sie heiter und lustig, lachte und arbeitete wieder. Nach dem Eintritt der Menses mit 18 Jahren verschwanden diese Zustände. Mit 20 Jahren war sie kurze Zeit deprimirt. Ein paar Monate später wurde sie erregt und sehr kauflustig. Seitdem traten regelmässig in Zwischenräumen von 3 bis 6 Wochen Erregungszustände auf, in denen sie viel sprach, sich allerlei zu schaffen machte, verreisen wollte, einpackte, sich für verlobt erklärte, Geschenke austheilte und wenig ass und schlief. Nach 12—16 Tagen wurde sie regelmässig wieder gesund. Mitte Februar 1898 wurde sie, seit 6 Tagen krank, im Zustand einer flotten Manie in die Klinik gebracht. Auffassung, Besonnenheit und Orientirung waren gut, die Stimmung sehr gehoben; es bestand Beschäftigungs- und Rededrang, deutsch, französisch und englisch wurde durcheinander gesprochen, Reime und Witze vorgebracht, alles unter deutlicher Ideenflucht. Keine Krankheitseinsicht. Die Patientin renommirte, sie sei auf der Universität in Paris gewesen, habe Medizin studirt, sei seit 6 Jahren verlobt und werde in 8—10 Tagen heirathen. Bald darauf schlug für einen Tag die Stimmung um in tiefe Depression, während die psychomotorische Erregung fortdauerte; Patientin fühlte sich krank, weinte und klagte, man habe sie soweit gebracht, sie werde beschimpft. Alsbald wurde sie jedoch wieder heiter, dichtete, sang, tanzte, alles in erregter, flüchtiger Weise, doch nicht ohne Geschicklichkeit und Grazie. Abbildung 3 stellt sie in diesem flott manischen Zustand dar. In der 7. Woche schlug die Erregung in Hemmung um, während die gehobene Stimmung erst 14 Tage später einer leicht deprimirten Platz machte und nach weiteren 2 Wochen Genesung eintrat. Kurve III auf der Tafel I veranschaulicht den Verlauf dieses Anfalls.

Nach völlig gesunder Zwischenzeit brach nun Ende Oktober 1898 ein neuer manischer Anfall aus, der zunächst ganz dem Bild vom vorigen Frühjahr entsprach. Dieselbe gehobene Stimmung herrschte wie damals, dieselbe Renommisterei mit Heirathsaussichten, fremden Sprachen, Versen u. s. w. Patientin debattirte, sang, tanzte und liess sich auch durch das Dauerbad nicht vollkommen beruhigen. Die Aeusserungen waren hochgradig ideenflüchtig; dabei konnte ihnen Humor und Schlagfertigkeit nicht abgestritten werden. Einmal bemühte sich Patientin, auf den Namen des Arztes ein Akrostichon zu verfassen, das wenigstens den formellen Anforderungen nachzukommen suchte:

„**W**ill dichten einen Paragraph,
„**E**r soll ja sein zur Arreststraf',
„**Y**ust in hiesiger U. I. K. fürwahr
„**G**eht's lustig her und manchmal ganz sonderbar;
„**A**ndenken wird mir das sein immerdar;
„**N**ie werd' ich vergessen die traurigen Zeiten da,
„**D**ie ich habe verbracht in der hiesigen Universitäts-
Irrenklinik. O ja!"

Bei einer klinischen Vorstellung benahm sie sich höchst unbefangen, sprang im Saal umher mit lebhaften Gesten und theatralischen Bewegungen. Fortwährend redete sie, doch trotz aller Ideenflucht antwortete sie geordnet und sinngemäss; sie schilderte unter anderm ganz treffend ihren vorigen Tobsuchtsanfall mit anschliessender Depression. Sie verlas Gedichte, wollte eine Rede halten und kletterte schliesslich an der Wandtafel in die Höhe, um dort zu schreiben; mit kleiner Schrift fing sie an, dann wurden ihre Züge immer grösser: „Am Sonntag 30. X. 1898 besuchte ich mit meinen Vettern, Schwestern und Cousinen das Theater. Es wurde Kapitän Alfred Dreyfuss gegeben. Sollte das vielleicht Schuld an meiner Aufregung . ." Beim Verlassen des Hörsaales drehte sie sich noch einmal um und rief mit dramatischer Geberde: „Nein, wie es in Wilhelm Tell heisst, es lebt ein Gott zu strafen".

Noch keine vollen 4 Wochen befand sich Patientin in der Anstalt, als dieses typische Bild der Manie mit heiterem Affekt, Bewegungsdrang und Ideenflucht ersetzt wurde durch ein wesentlich anderes, auf den ersten Blick vollkommen davon verschiedenes. Patientin wurde, wenn sie allein war, etwas ruhiger, gerieth aber unter anderen Kranken und bei der Visite sofort in Aufregung, lachte und schrie; diesmal jedoch handelte es sich um ganz ungereimtes Zeug, recht unzutreffende Antworten, öfter wiederkehrende Aeusserungen, über die man bei hochgradig dementen Kranken nicht erstaunen würde. Meist antwortete sie nur „Ja, ja" oder „Ich weiss, ich weiss". Rechenaufgaben begann sie wohl, brachte aber keine Lösung mehr zu Stande. Vielfach wurden auch die Fragen nur mangelhaft aufgefasst. Ueber Orientirtheit waren gar keine Angaben von ihr zu erhalten. Gelegentlich war noch einmal eine Spur von Ideenflucht angedeutet, so z. B. sagte sie, als sie, in einem Winkel des Zimmers sitzend, eine Rechenaufgabe bekam:

„Man muss mit Winkeln rechnen, das ist so ein Vohwinkel (Name).“ Nachts war Patientin noch ungemein unruhig, sie schrie immerzu, sodass sie ganz heiser wurde, und blieb oft keine Stunde im Bett. Bei einer klinischen Vorstellung zeigte sich die Kranke in hohem Grad erregt und heiter. Lachend stürzte sie in den Hörsaal auf die Wandtafel los und bedeckte sie, statt ihren Namen zu schreiben, mit bunten Kritzeleien und Strichen sinnloser Art, die immer grösser und wilder wurden. Während sie sich für gewöhnlich im Dauerbad befand und darin leidlich ruhig hielt, sprang sie, als man sie einmal versuchsweise in den Garten brachte, hastig unter erregten Geberden umher. Es war keine Rede mehr von der graziösen Bewegungsart während ihrer flott-manischen Zeit, wie sie auf Abbildung 3 wiedergegeben ist, sondern der Gesichtsausdruck war heiter-läppisch, die Gesten ganz ausdruckslos, unschön, wenig mannnichfaltig, so dass man auf den ersten Blick sehr wohl an das Bild einer erregten und schon hochgradig verblödeten katatonischen Kranken denken konnte, nur dass Negativismus und Stereotypie fehlten. Abbildung 4 giebt eine Momentaufnahme unserer Patientin aus jenen Tagen wieder; das Gesicht zeigt ein recht blödes, grinsendes Lachen, die Hände befinden sich in so starker Bewegung, dass sie bei der Nähe des Apparats unter einer Expositionszeit von etwa $^1/_{30}$ Sekunde nicht mehr deutlich aufs Bild kamen. Volle 3 Monate dauerte dieser Zustand einer unproduktiven Manie mit lebhafter psychomotorischer Erregung und andauernder heiterer Verstimmung, bei der jedoch statt der Ideenflucht mit ihren flotten, abwechslungsreichen Zügen eine ausserordentliche Einförmigkeit, Ausdruckslosigkeit, ja geradezu Absurdität jeglicher sprachlichen und motorischen Aeusserung auffällt, als deren Grundlage wir eine Denkerschwerung, eine Hemmung im Gebiet des assoziativen Denkens ansehen müssen. Nach 3 Monaten stellte sich allmählich Beruhigung ein, Patientin hielt sich nunmehr still im Bett, zunächst wohl noch erregbar, sobald man sich mit ihr abgab oder wenn störende Reize aus der Umgebung auf sie einwirkten. Schliesslich war an Stelle der Erregung eine Verlangsamung und Erschwerung auf psychomotorischem Gebiet getreten, doch immer noch in Verbindung mit einer durchaus heiteren, gehobenen Stimmung. In dieser Phase entsprach das Bild also dem manischen Stupor: heiterer Affekt, psychomotorische Hemmung und

Denkhemmung. Nach weiteren 8 bis 14 Tagen war auch der Affekt umgeschlagen; unter allmählichem Ansteigen des Körpergewichts entwickelte sich das typische Bild der zirkulären Depression, das dann langsam wieder verblasste und in Genesung überging.

Wir haben an diesem zirkulären Anfall ein ungemein anschauliches Beispiel des etappenweisen Uebergangs von der flotten Manie zur stuporösen Depression. 4 Wochen lang herrschte jene, dann trat die Ideenflucht zurück zu Gunsten der Hemmung auf assoziativem Gebiet. Nach 3 Monaten wechselte die Psychomotilität, der Erregung folgte die Hemmung, ein Stupor leichteren Grades bei heiterer Verstimmung, bis nach weiteren 14 Tagen auch der Affekt umschlug und somit durch die Vermittlung zweier Zwischenstadien nun die zirkuläre Depression mit Hemmung, das letzte Zustandsbild im Verlauf des ganzen Anfalls, erreicht war. Die Uebergangsformen, die Mischzustände dauerten hier viel länger als die reinen Phasen des Anfalls. Grade die unproduktive Manie dehnte sich über die längste Zeit des Anfalls aus, sodass ihrem Verlauf gegenüber die anderen Phasen nur wie Einleitungs- und Endstadien aussahen. Wenn wir auf die früheren Erkrankungen der Patientin zurückblicken, finden wir auch diesmal, dass mit dem Vordrängen des Mischzustandes der Anfall länger und hartnäckiger wird; auch der Verfall des Körpergewichts ging im letzten Anfall tiefer als bei früheren Gelegenheiten.

Aus diesen häufigeren und wichtigeren, weil öfter einen ganzen Anfall durch im Vordergrund stehenden, zirkulären Mischzuständen lässt sich ersehen, dass die ganze bisher geschilderte Auffassung nicht nur die Bedeutung einer theoretischen Auseinandersetzung hat, sondern dass ihr ein nicht zu unterschätzender praktischer Werth innewohnt, insofern als wir bei jedem Fall von manischem Stupor, agitirter Depression oder unproduktiver Manie sofort die Möglichkeit gewinnen, eine durchaus günstige Prognose zu stellen. Durch die Beseitigung von Fehldiagnosen, vor allem durch den Ausschluss der Annahme einer Krankheit mit ungünstiger Prognose wie die Verblödungsprozesse oder die letale progressive Paralyse kommen wir in die Lage, unseren Kranken und ihren Angehörigen einen werthvollen Dienst zu leisten. Aber nicht auf die Gruppirung und Abgrenzung der drei Mischformen an sich ist der Hauptnachdruck zu legen, denn diese hat zunächst nur einen heuristischen Werth, sondern auf die Einordnung dieser und

aller anderen Fälle mit einer sonstigen Mischung der charakteristischen Symptome in die grosse Klasse des zirkulären oder manisch-depressiven Irreseins. Die enge Zusammengehörigkeit des auf den ersten Blick so verschiedenartigen, ja geradezu gegensätzlichen Bildes einer stuporösen Depression und einer Manie wird durch nichts schlagender bewiesen als durch den Nachweis der Möglichkeit einer Vermischung der beiderseitigen Symptome, ebenso wie die innere Verwandtschaft einer scheinbar reinen periodischen Manie oder Depression mit den typischen zirkulären Fällen sich ergiebt aus der bei genauer Beobachtung in den allermeisten Fällen möglichen Feststellung eines gelegentlichen Auftretens eines der Symptome aus der entgegengesetzten Symptomdreiheit. Es werden zugleich mit dieser Beleuchtung der so ungemein häufigen und mannichfachen Mischzustände alle jene Theorien hinfällig, welche das Wesen der zirkulären Psychose in der Abhängigkeit von einem in zwei verschiedenen Weisen auftretenden körperlichen Vorgang suchen, wie z. B. die geistvolle Hypothese von Meynert[1]), die die manische Symptomtrilogie als von der Lähmung, die Depression von einem Reizzustand der Muskulatur der Hirnarterien abhängig erklärt. Ueber die gegenseitigen Beziehungen jener Zustände, über das Verhältnis der einzelnen Symptome zu einander haben wir noch jeglichen Aufschluss von den Fortschritten der experimentellen psychologischen und psychiatrischen Forschung zu erwarten. Es sind wohl schon vielversprechende Anfänge hierzu vorhanden, indem einerseits an zirkulären Patienten selbst Versuche angestellt wurden, wie sie sich niedergelegt finden in der erwähnten Abhandlung von Gross[2]) über die feineren Bewegungsänderungen an der Schriftwage, in einem Vortrag von Gross[3]) über Zeitmessungen beim Stupor, in einem Vortrag von Aschaffenburg[4]) über Assoziationsversuche

---

[1]) Meynert, Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Wien 1884, S. 269.

„ Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien, 1890, S. 8.

[2]) Gross, Untersuchungen über die Schrift Gesunder und Geisteskranker. In Kraepelin's Psychologischen Arbeiten. Leipzig, 1898, II. S. 485.

[3]) Gross, Ueber Stupor, Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Heidelberg 1896, Ref. in Allg. Zeitschrift für Psychiatrie LIII.

[4]) Aschaffenburg, Psychologische Versuche an Geisteskranken. Bericht über den dritten internationalen Kongress für Psychologie. München 1897, S. 296.

bei Geisteskranken, andererseits aber auch bei normalen Menschen experimentell Zustände erzeugt worden sind, welche gewisse Analogien zu wichtigen Symptomen und Symptomkomplexen im Verlauf des zirkulären Irreseins darbieten. So wissen wir durch Versuche von Kraepelin[1]), Smith[2]), Fürer[3]) u. a., dass unter Alkoholwirkung gehobene Stimmung, psychomotorische Erregung, Rededrang und Neigung zu ideenflüchtiger Assoziationsbildung auftreten. Ganz ähnliche Zustände erzeugt die rein körperliche Ermüdung, deren psychomotorisch erregende Wirkung im Gegensatz zur psychomotorischen Lähmung durch geistige Arbeit von Bettmann[4]) experimentell nachgewiesen ist. Erschöpfung durch eine durcharbeitete Nacht hat nach Aschaffenburgs umfassenden Versuchen einen Zustand von psychomotorischer Unruhe mit einer bestimmt charakterisirten Veränderung des assoziativen Denkens zur Folge. Im Hungerzustand fand sich nach Weygandt[5]) eine Vermehrung der Klangassoziationen bei nur unwesentlich veränderter Psychomotilität, während Hänel[6]) als Trionalwirkung eine Erschwerung der motorischen Vorgänge feststellen konnte, ohne dass die auf Klangähnlichkeit beruhenden Assoziationen eine Zunahme erfahren hätten. Wie sich aus dieser kurzen Uebersicht ergiebt, ist das gleichzeitige Vorkommen von psychomotorischer Erregung mit ideenflüchtigen Assoziationen und heiterem Affekt verschiedenen Zuständen gemeinsam und dürfte im Symptomenkomplexe der Manie vielleicht etwas mehr als eine blosse Analogie finden. Andererseits aber ist jenes gemeinschaftliche Auftreten doch kein durchgängiges; ja, wenn der Gelegenheitsbeobachtung ein gewisser

---

[1]) Kraepelin, Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, Jena 1892, S. 41.

[2]) Smith, Die Alkoholfrage, Tübingen 1895.

[3]) Fürer, Ueber die psychischen Nachwirkungen des Alkoholrausches, Bericht über den V. internationalen Kongress zur Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke, Basel 1896.

[4]) Bettmann, Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch körperliche und geistige Arbeit, Kraepelin's Psychologische Arbeiten, Leipzig 1896, I, S. 152

[5]) Weygandt, Ueber die psychischen Wirkungen des Hungers, Münch. mediz. Wochenschrift, 1898, S. 385

[6]) Hänel, Die psychischen Wirkungen des Trionals, Kraepelin's Psychologische Arbeiten, Leipzig 1897, II, S. 326.

Werth wenigstens im Sinn der Anregung zugestanden werden darf, so können wir hier auf die nicht selten zu machende Erfahrung verweisen, dass es einzelne Individuen giebt, die unter Alkoholwirkung nicht erregt-heiter, sondern still und langsam, andere wieder, die geradezu depressiv werden, also gegenüber dem landläufigen Bild der Alkoholvergiftung Symptommischungen aufweisen, denen eine gewisse Parallelisirungsmöglichkeit mit den manisch-depressiven Mischzuständen nicht abgesprochen werden kann. Wir sind weit entfernt, derartige Bemerkungen jetzt schon theoretisch irgendwie verwerthen zu wollen, doch geht aus ihnen wenigstens so viel hervor, dass die experimentelle Forschung ohne Mühe noch zahlreiche Angriffspunkte für ihre weiteren Wege finden kann, auf denen sich, wie wir hoffen, auch mancher Zugang zum näheren Verständnis der geschilderten Zustände im Bereich der klinischen Psychiatrie gewinnen lassen wird. Für den augenblicklichen Stand unseres Wissens müssen wir uns jedoch im Wesentlichen auf die klinische Auffassung beschränken:

Es kommen in Fällen zirkulären oder manisch-depressiven Irreseins ungemein häufig Mischungen der Kardinalsymptome aus jeder der beiden typischen Phasen vor, meist nur von kürzerer Dauer; in einigen Fällen kann der Mischzustand einen Anfall vollständig oder wenigstens in seiner längsten Zeit ausfüllen; meist neigen die späteren Anfälle zu länger dauernden Mischzuständen; der Verlauf ist vielfach etwas langwieriger als der des rein manischen oder rein depressiven Anfalls, jedoch ist im Uebrigen die Prognose in Bezug auf die Heilung vom Anfall genau dieselbe. Diese klinischen Gesichtspunkte haben sich in der Praxis an den einschlägigen Fällen der Heidelberger Klinik, von denen noch nicht einmal ein Drittel vollständig von Mischzuständen frei waren, während mehr als 20% dieser Kranken einen oder mehrere Anfälle von vorherrschendem Mischcharakter aufwiesen, bisher auch bei der Probe auf das diagnostische Exempel, in Hinsicht der Prognose, in zufriedenstellender Weise bewährt.

Abbildung 1.

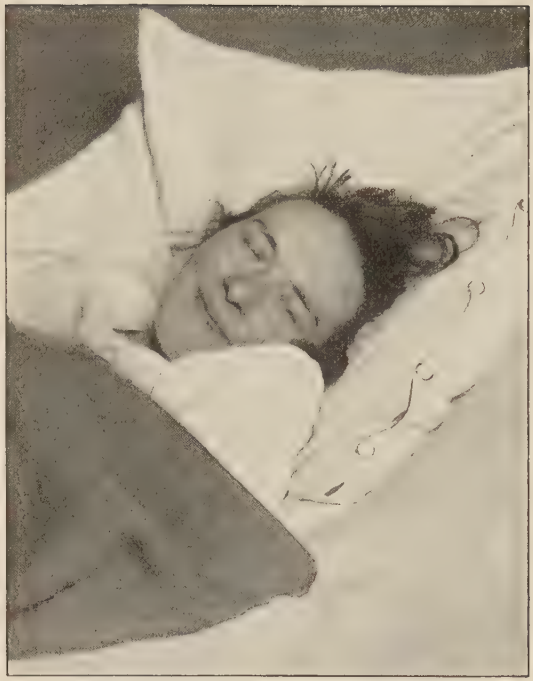
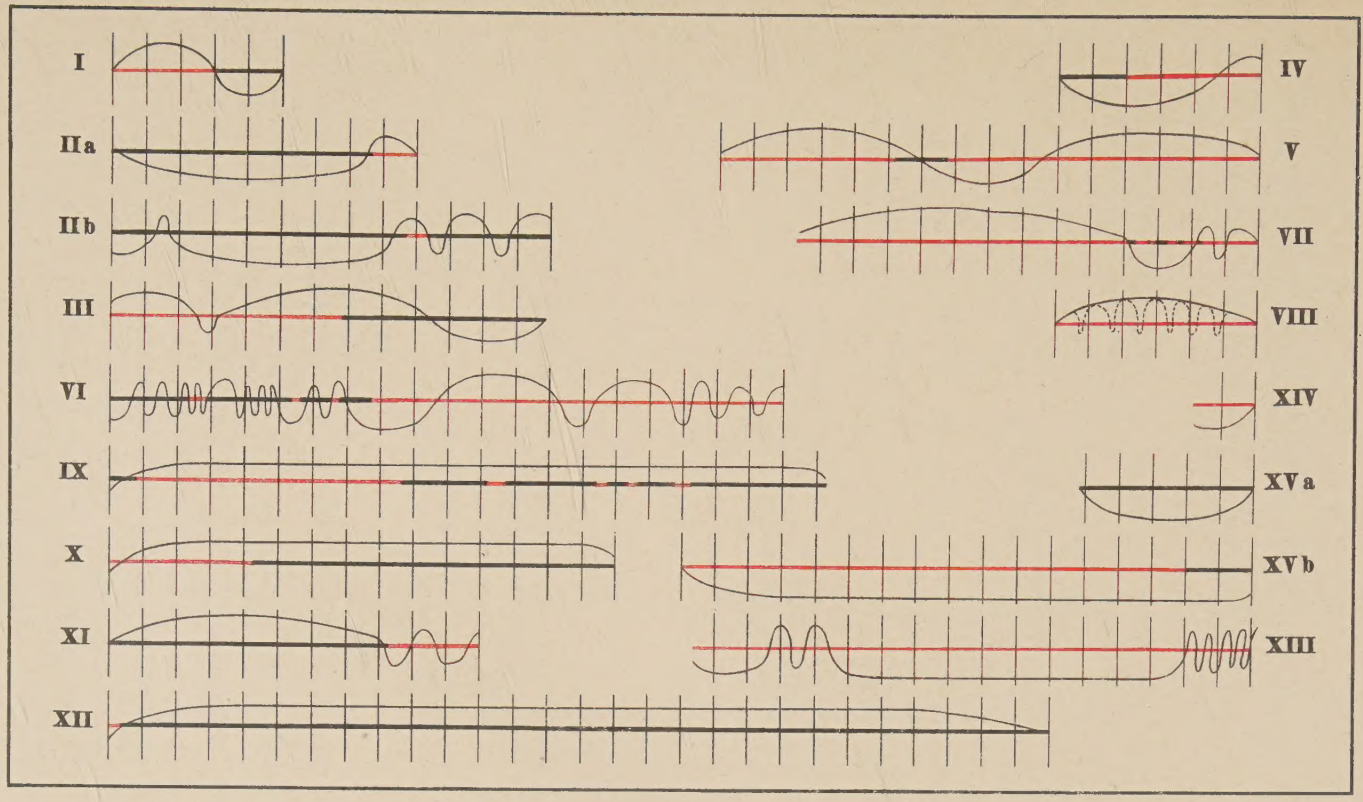


Abbildung 2.

Abbildung 3.

Abbildung 4.



Psychomotorische Hemmung. Psychomotorische Erregung. Gehobene Stimmung. Depressive Stimmung.

Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

Lehmann's medizinische Handatlanten

nebst kurzgefassten Lehrbüchern.

Bd. I. **Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe.** In 126 farbigen Abbildungen von Dr. O. Schäffer, Privatdocent an der Universität Heidelberg. IV. vielfach erweiterte Auflage. Preis eleg. geb. *M.* 5.—

Bd. II. **Atlas der Geburtshilfe.** II. Theil: **Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie.** Mit 160 meist farbigen Abbildungen und 317 Seiten Text, von Dr. O. Schäffer. II. gänzlich umgearbeitete Auflage. Preis eleg. geb. *M.* 10.—

Bd. III. **Atlas und Grundriss der Gynäkologie,** in 172 farbigen Abbildungen u. 279 Seiten Text, von Dr. O. Schäffer. Preis *M.* 10.—

Bd. IV. **Atlas der Krankheiten des Mundes, der Nase und des Nasenrachenraumes.** In 64 color. Abbildungen dargestellt von Dr. med. L. Grünwald. Preis eleg. geb. *M.* 6.—

Bd. V. **Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten.** In 65 color. Tafeln herausgegeben von Professor Mracek. Preis eleg. geb. *M.* 14.—

Bd. VI. **Atlas und Grundriss der Geschlechtskrankheiten.** Mit 72 color. Tafeln herausgeg. v. Prof. Mracek. Preis eleg. geb. *M.* 14.—

Bd. VIII. **Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen.** Mit 200 farbigen und 200 schwarzen Abbildungen. Von Professor Dr. Helferich in Greifswald. IV. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Preis eleg. geb. *M.* 12.—

Bd. IX. **Atlas des gesunden und kranken Nervensystems** nebst Abriss der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben. Von Dr. Ch. Jakob. Mit einer Vorrede von Prof. Dr. Ad. v. Strümpell. Preis *M.* 10.—

Bd. X. **Atlas und Grundriss der Bacteriologie und bacteriolog. Diagnostik.** Mit 558 in 15fachem Farbdruck ausgeführten Originalbildern. Von Prof. Dr. K. B. Lehmann und Dr. R. Neumann in Würzburg. Preis eleg. geb. *M.* 15.—

Bd. XI./XII. **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie.** In 120 farbigen Tafeln. Von Prof. Dr. O. Bollinger. 2 Bde. Preis eleg. geb. je *M.* 12.—

Bd. XIII. **Atlas und Grundriss der Verbandlehre** v. Prof. Dr. A. Hoffa in Würzburg. In 128 Tafeln. Preis eleg. geb. *M.* 7.—

Bd. XIV. **Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten.** In 44 farbigen Tafeln. Von Dr. L. Grünwald. Preis eleg. geb. *M.* 8.—

Bd. XV. **Atlas und Grundriss der internen Medizin u. klin. Diagnostik.** In 68 farb. Tafeln. Von Dr. Chr. Jakob. Preis eleg. geb. *M.* 10.—

Bd. XVI. **Atlas und Grundriss der chirurg. Operationslehre.** Von Docent Dr. O. Zuckerkandl in Wien. Mit farb. Tafeln und 217 Abbildungen im Texte. Preis eleg. geb. *M.* 10.—

Bd. XVII. **Atlas der gerichtlichen Medizin** v. Hofrat Prof. Dr. E. v. Hofmann in Wien. Mit ca. 100 farbigen Abbildungen und 193 Text-Illustrationen. Preis eleg. geb. *M.* 15.—

Bd. XVIII. **Atlas und Grundriss der äusseren Erkrankungen des Auges** von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Mit 67 farb. Abbildungen, auf 40 Tafeln und zahlreich. Text-Illustrationen. Preis eleg. geb. *M.* 10.—

Psychiatrie und Neurologie.

Bericht über die Verhandlungen des Vereins der deutschen Irrenärzte:

I. **Psychiatrie und Seelsorge.** Mit Berücksichtigung des in der Konferenz des Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger von den Pastoren von Bodelschwingh, Hafner und Knodt vertretenen Standpunktes. Von Siemens-Lauenburg i. B. und Zinn senior in Eberswalde.

II. **Reform des Irrenwesens in Preussen** und des Verfahrens in Entmündigungssachen wegen Geisteskrankheiten. Von Zinn sen. in Eberswalde und Pelmann in Bonn. 1893. 8°. 115 S. *M.* 2.—

Bleuler, Dr. E., Der geborene Verbrecher. Eine kritische Studie. 6 Bg. Text. 8°. 1896. *M.* 4.—

Grashey, H., Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädel-Rückgratshöhle. 75 Seiten mit 35 Abbildungen. Fol. 1892. Broschiert *M.* 10.—

Hoesslin, R. v., Ueber die Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und die Vorteile lokaler Kältereize bei denselben. 1892. 23 Seiten. 8°. *M.* 1.—

Kupffer, K. v., Studien zur vergleichenden Entwicklungsgeschichte des Kopfes der Kranioten.

Lieferung 1. Entwickelung des Accipenser Sturio. Mit 10 lithogr. Tafeln. gr. 8°. 1893. *M.* 10.—

Lieferung 2. Entwickelung des Kopfes von Ammocoetes Planeri. Mit 12 lithographischen Tafeln. gr. 8°. 1894. *M.* 10.—

Lieferung 3. Entwickelung der Kopfnerven von Ammocoetes Planeri. gr. 8°. 80 Seiten Text mit 48 Abbildungen. 1895. *M.* 8.—

Das ganze Werk erscheint in zwanglosen Heften; jährlich gelangt ein Heft zur Ausgabe. Jedes Heft bildet für sich ein abgeschlossenes Ganzes.

——— **Abonnements nehme ich gerne entgegen.** ———

Loewenfeld, L., Die objektiven Zeichen der Neurasthenie. 53 S. 8°. 1892. *M.* 1.60

Moebius, P. J., Ueber infantilen Kernschwund. 34 Seiten. 8°. 1892. *M.* 1.—

Plessen, J. v. und **J. Rabinowicz,** Die Kopfnerven von Salamandra maculata im vorgerückten Embryonalstadium. Mit 4 kolorierten Tafeln. 4°. 1891. Broschiert *M.* 5.—

Ringier, G., Erfolge des therapeutischen Hypnotismus in der Landpraxis. Mit einem Vorwort von Aug. Forel. 1891. gr. 8°. 216 Seiten. Broschiert *M.* 5.—, gebunden *M.* 6.—

von Schrenck-Notzing, Ueber Suggestion und suggestive Zustände. 1893. 8°. 40 Seiten. *M.* 1.—

Snell, O., Hexenprozesse und Geistesstörung. Psychiatrische Untersuchungen. 1891. 8°. 130 Seiten. Broschiert *M.* 4.—

Strümpell, Ad., Ueber Wesen und Behandlung der tabes dorsalis. 22 S. 8°. 1890. Broschiert *M.* —.60

Strümpell, Prof. Dr. Ad. v., Die Untersuchung und Behandlung von Unfallkranken. 1896. 2 Bg. Text. 8°. *M.* 1.—